FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michèle BOURGEOIS, née ALBERTIN

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Née le 19 avril 1932, à Lyon (6e)

Présentée et soutenue publiquement le 27 janvier 1969

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DU PARRICIDE CHEZ LES SCHIZOPHRENES

Parricides ou tentatives graves de parricide Etude clinique à partir de huit cas

Président : M. PICHOT, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michèle BOURGEOIS, née ALBERTIN
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Née le 19 avril 1932, à Lyon (6e)

Présentée et soutenue publiquement le 27 janvier 1969

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DU PARRICIDE CHEZ LES SCHIZOPHRENES

Parricides ou tentatives graves de parricide
Etude clinique à partir de huit cas

Président : M. PICHOT, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur PICHOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec toute notre reconnaissance pour avoir accepté de présider cette thèse.

A MES MAITRES D'EXTERNAT
DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur Raymond HOUDART

Monsieur le Docteur Pierre BOURGEOIS

Monsieur le Professeur Paul CASTAIGNE

Monsieur le Docteur SIGWALD

Monsieur le Docteur Jean-Jacques RONDEPIERRE

Monsieur le Professeur François BESANÇON

A MES MAITRES D'INTERNAT
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE LA SEINE

Monsieur le Docteur BERGERON

Madame le Docteur GRASSET

A Monsieur le Docteur HENNÉ

Dans le Service de qui nous avons fait cette thèse.

Nous le remercions pour tout l'intérêt qu'il voulut bien nous témoigner.

INTRODUCTION
RAPPEL HISTORIQUE

Les manifestations d'agressivité de malades mentaux schizophrènes contre leurs parents sont d'une observation tout à fait quotidienne.

Sur un groupe de 32 schizophrènes étudiés systématiquement, suivis longtemps et choisis sur le seul critère de leur année d'hospitalisation, 23 avaient encore des relations avec leur père ou mère lors de la première constatation de la maladie. Parmi ces 23 qui seuls nous intéressent, nous avons retrouvé la mention de cette agressivité dans 13 observations, soit dans près de 60 % des cas, sous les termes de « coups à la mère et au père », de « colères violentes et sans objet en milieu familial », d' « attitude menaçante contre les parents », de « nouvelle impulsion contre la mère », etc. Dans 3 de ces 13 cas, ces violences avaient d'ailleurs été la cause immédiate de l'internement ; dans les autres, elles étaient simplement signalées, à un rang variable, dans le tableau clinique.

L'occasion qui s'est présentée à nous, d'autre part, de recevoir et de suivre à l'hôpital quelques schizophrènes parricides ou auteurs de tentatives graves de parricide nous a menée à nous interroger sur la dangerosité que pouvaient éventuellement représenter pour leurs parents des malades dont la pratique quotidienne nous incitait peut-être à banaliser ou négliger ces conduites.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature psychiatrique en langue française, d'étude d'ensemble consacrée aux schizophrènes parricides. Il est vrai que l'entité schizophrénie ne s'est pas imposée depuis plus de quelques décennies et que, de son côté, le parri-

cide n'est pas un crime très fréquent (à titre indicatif, Mme Ochonisky, dans un travail auquel nous nous référerons à plusieurs reprises, signale qu'on dénombre en France, entre 1952 et 1959, 36 condamnations de majeurs pénaux pour parricide, contre 1.256 condamnations pour meurtres ou assassinats).

On retrouve cependant, parmi les expertises médico-légales, qu'on publiait couramment au siècle dernier et jusqu'à la dernière guerre dans des revues telles que les *Annales Médico-Psychologiques* ou les *Annales de Médecine Légale*, quelques observations cliniques intéressantes des schizophrènes parricides que nous ne manquerons pas d'utiliser. Il faut notamment citer ici Genil-Perrin et, plus récemment, Cénac et Martimor.

Dans la thèse d'Elisabeth Cullère : « Du parricide en pathologie mentale au point de vue nosologique » (Paris, 1925), la démence précoce, qui est signalée au passage à propos d'un malade, n'est pas distinguée des autres psychoses, et c'est dans le chapitre consacré aux délires systématisés qu'on trouve deux exemples de parricides peut-être schizophrènes (obs. n^{os} 6 et 7).

La question est abordée en tant que telle dans le travail de Mme A. Ochonisky : « Contribution à l'étude du parricide » (*Psychiatrie de l'Enfant*, 1963), au chapitre de la nosologie. Il ne s'agit cependant pour elle que d'attribuer aux différentes affections mentales la place qui leur revient dans une recherche d'ensemble sur la personnalité des parricides, malades mentaux ou non. A. Ochonisky fait la liaison entre le parricide du schizophrène et l'agressivité bien connue qu'il témoigne à l'égard de sa famille ; elle insiste sur le fait qu'on l'observe surtout au début de la maladie, notamment lors d'une expérience délirante primaire et qu'il peut même en constituer le premier symptôme ; il lui paraît plus rare au cours de l'évolution d'une schizophrénie connue, lié alors à une poussée évolutive ou à une impulsion. Enfin « le matricide lui semble plus fréquent que le parricide ... témoignant du caractère très primitif et archaïque des relations avec la mère ». Nous aurons à nous référer à ses observations n^{os} 1 et 7.

Les travaux de l'école analytique doivent nous éclairer sur la signification du parricide, puisque aussi bien le complexe d'Œdipe

apparaît à l'origine de la plupart des cas avec évidence. C'est dans les cas de parricides accomplis par des schizophrènes, écrit A. Ochonisky, « que la psychogénèse est le plus facilement accessible. On assiste pour ainsi dire à la libération des systèmes pulsionnels primitifs, l'inconscient n'est plus contenu et remonte des profondeurs à la surface de l'être ». Il faut bien convenir, comme on pourra le constater plus loin, que certains de nos malades, soit à travers leurs hallucinations, soit dans les rationnalisations secondaires de leur acte, apparaissent comme d'éclatantes illustrations de « Totem et tabou » ou de « Dostoïevsky et le parricide », bien que, sauf dans un ou deux ans, ils ne semblent pas avoir lu Freud. On serait même tenté de se demander ici, pourquoi, à l'occasion de la désagrégation de la personnalité et de la libération pulsionnelle qu'on a l'impression d'observer dans la schizophrénie, les parricides n'y sont pas finalement plus fréquents. Du moins la théorie analytique nous enseigne-t-elle de quelle réalité fondamentale émanent les fantasmes parricides et, en conséquence, quelle considération ils méritent quand ils sont exprimés cliniquement.

Des questions du même ordre se posent à la lecture des travaux comme ceux de A. Green consacrés aux parents de schizophrènes. Les conditions déterminantes du parricide, au moins pour ce qui revient à l'attitude de la victime, ne s'en dégagent pas clairement. Cette façon d'aborder le problème n'en paraît pas moins tentante *a priori*.

Pour terminer ce rapide aperçu historique, il nous semble intéressant de noter que, si l'on évoque rarement les parricides schizophrènes sans faire référence aux formes médico-légales de la schizophrénie et notamment à l'héboïdophrénie, on a la surprise de ne pas trouver évoqué le parricide dans les travaux consacrés à cette forme de schizophrénie, qu'il s'agisse des études classiques de G. Rinderknecht, d'Halberstadt et de Guiraud, ou de celles plus récentes de Chazaud et de Carraz. Il ne semble pas, en effet, comme nous le verrons plus loin, que les parricides se recrutent davantage parmi ceux des schizophrènes qui paraissent avoir dans leur comportement habituel le plus de facilité au passage à l'acte ou à la délinquance.

OBSERVATIONS

Nous reprendrons ici nos observations personnelles concernant quatre malades. Comme on le verra, la tentative n'aura été efficace que dans un cas.

Nous nous sommes cependant montrés restrictifs à deux égards :

Sur le sens du mot parricide tel que le définit le code pénal d'abord. Nous avons limité ici notre étude aux tentatives de meurtre sur le père ou la mère, ou éventuellement ceux qui ont effectivement joué pour le malade le rôle de père ou de mère, écartant les meurtres « de tout autre ascendant légitime » qui ne nous semble pas avoir la même signification.

Nous avons, d'autre part, éliminé de nos observations les cas nombreux de simple violence à l'égard des parents qui sont en quelque sorte les avatars presque habituels de ces constellations familiales pathologiques que forment certains schizophrènes, notamment avec leur mère, dès que la volonté parricide n'était pas clairement exprimé soit verbalement, soit dans le déchaînement pulsionnel.

Nous nous sommes permis de confronter nos cas à ceux qui avaient été publiés par d'autres auteurs et notamment :

— D. Brunet (*A.M.P.*, 1869, II, 17).

— Génil-Perrin et M. Lebreuil (*A.M.L.*, 1933).

— Cénac et Martimor (*A.M.L.*, 1950).

— Carriat, Botis, Ollivier (*A.M.P.*, 1956).

OBSERVATION N° 1

V... Pierre

Il s'agit d'un homme de trente-six ans, docteur en droit, hospitalisé le 6 juin 1968 à la suite d'une tentative de meurtre de ses deux parents : par strangulation pour sa mère et coups violents pour son père qui présente depuis un décollement traumatique de la rétine.

V... habitait seul un studio. Une nuit, il traverse Paris, une échelle sur le dos pour se rendre boulevard Saint-Germain chez ses parents. Il pénètre chez eux par une fenêtre ouverte. Sa mère, entendant un léger bruit, se lève, pensant qu'il s'agissait de son époux et découvre son fils dans l'obscurité, immobile, contre le mur du corridor. A ses questions, il répond apparemment très à l'aise « qu'il est tout simplement venu voir ce qu'ils devenaient ». Il va rester là quarante-huit heures, discordant, tenant des propos elliptiques et menaçants, cloîtré dans une chambre dont il ne veut pas sortir, restant la plupart du temps couché à même le sol, refusant d'ouvrir la porte. Puis, à la suite d'une demande d'argent à sa mère, il devient rapidement très agressif, casse la vaisselle, saisit un dessus de radiateur en marbre, le soulève au-dessus de la tête de ses parents qui s'écartent rapidement pour l'éviter, le laisse retomber à terre. Son père essaye de l'arrêter, il le roue de coups, puis se jette sur sa mère et tente de l'étrangler lorsque arrive la police prévenue par les voisins inquiets des éclats de voix.

Après son départ, on retrouvera dans la pièce qu'il a occupée divers objets :

— Un sac qu'il avait amené avec lui et qui contenait une casquette, un chapeau, un poignard d'environ 30 cm et une bouteille de verre épais à l'étiquette soigneusement grattée.

— Une valise préparée par lui chez ses parents, contenant des vêtements de son père et deux plats anciens de Delft soigneusement emballés.

De plus, les parents découvriront que les fils du téléphone ont été arrachés, ainsi que ceux de la sonnette d'entrée. Egalement la serrure de la porte avait été fermée à clef de l'intérieur et assurée par plusieurs tours de fils de fer.

Le père qui nous donne tous ces détails, explique qu'à son avis V... voulait emmener la valise contenant les vêtements et les plats pour faire croire à un vol après crime.

Ceci nous amène au milieu familial du malade et à sa biographie :

Il est le fils unique de parents très âgés ; le père est antiquaire, expert en tableaux anciens et restaurateur. Son caractère présente des traits obsessionnels nets de méticulosité, économie, peur de l'imprévu. Il est sententieux, moralisateur, sans spontanéité. Sa vie semble régie surtout par les conventions sociales. Il note avec une chronologie rigoureuse et un grand luxe de précisions tous les événements de la maladie de son fils.

Fait assez symptomatique de son état d'esprit : il a voulu élever son fils, spontanément droitier, en ambidextre car, a-t-il dit : « On ne sait pas ce qui peut arriver. »

A la façon dont il explique les choses, il semble qu'il nie absolument la maladie de son fils, n'expliquant son comportement que par « sa malignité », « son désir d'hériter plus vite », ou « ses mauvais penchants ».

Il le ressent et le décrit comme « un vicieux qui a commencé par la masturbation et continué par l'homosexualité », et nous met en garde pour les autres malades : « Méfiez-vous, il va détruire les autres par son vice. » « Surtout, ne l'écoutez pas, il ne sait que mentir. »

Notons que les hospitalisations en milieu psychiatrique ont été effectuées en placement d'office, les parents n'ayant jamais signé de placements volontaires.

La mère, ancienne pianiste, semble avoir été assez peu affective pour son fils. Femme de devoir « économe, elle a notion du nécessaire, pas du superflu », dit le père.

Durant son enfance, V... a été un enfant très calme, très sage, gentil et renfermé.

Isolé et mis à l'abri des « mauvaises fréquentations » par ses parents, la première manifestation d'agressivité à leur égard se situe lorsqu'il avait douze ans, à la suite d'une gifle de son père, la première de sa vie, « parce qu'il avait dit merde » (le père, encore indigné, nous explique : « Je ne sais pas où il avait pu apprendre un mot pareil, jamais il ne l'avait entendu à la maison. »)

L'enfant était alors devenu pâle et avait dit en serrant les poings : « Je te revaudrai ça plus tard. »

Vers l'âge de quatorze ans : début d'homosexualité avec des camarades de collège. Homosexualité exclusive aux dires du père avec violente agressivité à l'égard du sexe féminin.

Le malade continue ses études secondaires et supérieures, et passe licence en droit et doctorat de sciences économiques avec facilité.

Durant cette période, il a plusieurs liaisons masculines dont l'une de deux ans avec l'un de ses cousins.

Son service militaire, qu'il effectue en 1955, à vingt-cinq ans, en Algérie, avant la guerre d'indépendance, se passe sans problèmes majeurs. Il est démobilisé avec le grade de sergent-major. Hormis l'homosexualité et l'agressivité grandissante à l'égard des parents, on ne retrouve pas, durant cette période de la vie du malade, de signes pouvant faire suspecter l'éclosion ultérieure d'une psychose.

A la fin du service militaire, son père le fait entrer par relations dans une grosse firme comme conseiller juridique. D'emblée, il y aura des problèmes. Il s'y montre autoritaire, cassant, intolérant aux critiques, mais son efficacité professionnelle et sa compétence sont appréciées. Il en part rapidement.

Il change alors plusieurs fois d'emploi, toujours « casé » par son père, qui s'inquiète toujours plus de l'avenir de son fils. Le caractère de celui-ci se modifie peu à peu. Il devient de plus en plus irritable, s'isole, échafaude des projets d'avenir peu réalistes qu'il abandonne aussitôt, quitte de lui-même les

places qu'il occupe en invoquant des raisons délirantes de persécution et d'envie de la part de ses collègues. Son efficacité baisse, le niveau de ses emplois également.

— En 1959, première hospitalisation à l'Hôpital de Ville-Evrard, en placement d'office, motivée par une altercation particulièrement vive avec ses parents, au cours de laquelle il s'était montré extrêmement violent. Il s'évade, est réintégré et sort trois mois après, « peu amélioré », dira son père. Il reprend un emploi de démarcheur d'assurances, puis change encore plusieurs fois.

En 1963, il cesse définitivement de travailler. Ses parents lui versent alors une somme de 1.000 F par mois. Il revient périodiquement les voir ; les visites se terminent le plus souvent de façon dramatique par des bris d'objets et des coups. Dans l'intervalle de ces visites, il ne leur donne pas signe de vie.

— A son arrivée dans le service, on est en présence d'un malade extrêmement discordant, semi-mutique, confus. Puis rapidement schizophasique, diffluent avec des troubles majeurs du cours de la pensée. Il extériorise avec réticence un délire très flou de persécution par la police, les syndicats. Ses parents sont de mèche avec les persécutions. L'automatisme mental est net : « Sa pensée est connue, elle lui est imposée. »

Il existe quelques éléments de dépersonnalisation peu importants.

La logorrhée avec rationnalisations morbides et explications pseudo-scientifiques est intarissable.

Il s'améliore rapidement et commence à parler de sa famille. En disant d'abord : « Mon enfance, c'est effacé, je ne mémorise pas... »

Puis il extériorise une ambivalence remarquable à l'égard de ses parents, sa mère notamment :

« J'étais attaché à ma mère parce que c'était la source alimentaire. Mes parents se sont privés pour moi et en même temps je leur en voulais, ils faisaient trop d'un côté, pas assez de l'autre. »

« Ma famille était désorientante. Je n'ai jamais pu totalement m'émanciper. Ils balisaient mon chemin. »

L'anecdote d'enfance qu'il raconte comme l'ayant le plus frappé est la suivante : il était avec sa mère devant un manège de chevaux de bois et avait très envie d'y monter. Sa mère a pris les devants en disant : « Tu n'as pas envie de monter sur le manège », n'est-ce pas. « Non », a-t-il répondu. « Et, conclut-t-il, toute ma jeunesse a été comme ça. » « Pour moi, dit-il, c'était comme l'histoire de ce petit garçon à qui ses parents avaient acheté des chaussures neuves ; ils lui avaient fait tellement de recommandations pour qu'il ne les abîme pas, qu'il n'a jamais osé jouer avec, il n'a jamais eu l'impression qu'elles étaient à lui. » « Et plus tard non plus, ils ne m'ont jamais fait confiance, ça impliquait un certain risque ; ils ne l'ont pas pris. » Puis : « Je continue à craindre mon père. Pour moi, il est respectable mais non admirable... »

Après plusieurs mois de traitement neuroleptique, il présente toujours la même image de ses parents mais avec un peu plus de « distance ». Il leur trouve des excuses : « Ils sont vieux maintenant. Ils ne peuvent pas comprendre. »

Quant aux intentions homicides, lorsqu'on lui précise les faits, il les nie obstinément : « J'avais un poignard dans mon sac ? C'était pour le monter en lampe et l'offrir à mes parents. » « La bouteille ? Je ne voulais pas assommer mes parents avec, c'était une bouteille de Saint-Amour ! »

Plus globalement d'ailleurs, si la pensée est superficiellement cohérente et apparemment restructurée, dès qu'on dépasse le stade des banalités, ressortent l'illogisme, la bizarrerie et l'inadaptation profonde à la réalité.

Dans le service, le contact est mauvais, fait d'un mélangée d'obséquiosité, de rétivité et d'agressivité sous-jacente. Il s'occupe à l'atelier médical à des tâches peu adaptées à ses possibilités. Il est assez mal supporté par les infirmiers qui le considèrent comme fourbe et se méfient de lui.

Lors d'une visite de ses parents, en été 1968, il a tenté de se jeter sur eux sans motifs apparents. Ceux-ci continuent cependant régulièrement à venir visiter leur fils interné. Il est décédé, par suicide (pendaison dans les W.C. de l'atelier médical), en octobre 1968.

En résumé, il s'agit d'une hébéphrénie évoluant depuis l'âge de vingt-sept ans environ où les violences contre les parents se sont exercées à l'acmé d'épisodes de déstructuration de la conscience.

Les traits saillants de cette observation nous semblent être :

— D'une part, la structure très particulière des parents, leur ambivalence à l'égard du malade, le rigorisme et la surprotection masquant mal le rejet profond et ancien.
— Egalement l'homosexualité précoce et exclusive.
— Enfin, le suicide du malade à l'hôpital psychiatrique après l'échec de sa tentative de meurtre.

OBSERVATION N° 2

D... Henri

Hospitalisé à l'âge de vingt et un ans, le 2 mai 1965, pour « état dissociatif d'apparition récente ».

En effet, depuis une dizaine de jours environ, le malade, schizophrène stabilisé depuis un an, travaillant régulièrement comme employé de banque, apparemment normal aux dires de son entourage et présentant tout au plus une certaine tendance à l'isolement, rechute brutalement.

Il est alors dépersonnalisé (se regardant avec perplexité dans les glaces, tremblant), discordant, le cours de sa pensée est très perturbé avec des barrages nombreux.

Le syndrome d'influence est net avec peur magique des chats qui, dit-il, l'électrisent à distance. Les interprétations absurdes sont multiples. Tout ceci se déroule dans une atmosphère d'anxiété intense avec sensation de mort imminente et recours à sa mère pour le protéger.

Surtout sont apparus des troubles du comportement à type d'impulsions agressives centrées sur la personne de son père. Il finit par tenter de l'étrangler, se jetant sur lui en l'appelant : « Satan, Satan. »

Cette impulsion apparemment brutale survient après une phase, sinon de lutte intense, du moins de « progression » de l'idée du passage à l'acte agressif.

Progression évidente durant cette période de rechute, mais dont nous verrons que le germe en est en fait bien antérieur. En effet, depuis dix jours, il est en proie à des hallucinations auditives presque incessantes, au cours desquelles il entend la voix de sa grand-mère paternelle (morte lorsqu'il avait six ans), qu'il aimait beaucoup et qui l'avait en partie élevé. Ces hallucinations marquent par leur contenu l'élaboration de l'impulsion :

— Commentant : « Il y a un homme de trop dans la maison. »

— Résolvant la question par : « Marie-toi comme tes frères et sœurs. »

— Ou commandant expressément : « Tue-le. »

Après que le malade ait sommé sa mère d'avoir des rapports sexuels avec lui, de choisir entre son père ou lui : « L'un de nous doit disparaître », dira-t-il.

A son entrée à l'hôpital, immédiatement après sa tentative, il expliquera simplement : C'est comme s'il avait dû mourir pour que je puisse vivre. »

Nous pouvons vraisemblablement aussi rattacher à cette maturation lente de l'idée parricide, les angoisses que le malade a présentées à partir de l'âge de dix-huit ans, angoisses brutales au cours desquelles il se réfugiait vers sa mère : « Maman, j'ai peur. » Angoisses majorées à partir du service militaire, époque à laquelle il demandait plus explicitement « qu'on le protège parce qu'il avait envie de faire du mal ».

— Ceci nous amène à la biographie de ce malade :

Père autrefois chauffeur de taxi, mais ne travaillant plus lors du début de la maladie de son fils à cause d'une grave infirmité oculaire ayant entraîné une quasi-cécité. Caractère timoré, peureux, décrit comme « un froussard et un miteux ».

La mère n'a jamais travaillé à l'extérieur. De douze ans plus jeune que son mari, elle s'est occupée beaucoup de ses enfants, tout au moins pour les problèmes matériels, bornant, semble-t-il, ses ambitions éducatives à l'entretien des vêtements, au travail scolaire et aux détails quotidiens qui pouvaient se poser à la maison.

Elle semble avoir été en fait assez froide et inaffective sous une apparence pusillanime et hyperprotectrice.

Henri, le malade, est le deuxième de ses enfants. Claude, l'aîné, a vingt-cinq ans au moment de l'hospitalisation. Il est marié et brouillé avec sa famille qui désapprouve violemment sa profession de barman.

Jacqueline, la cadette, a vingt ans, mariée également, est en bons termes avec sa famille.

Quant à l'enfance du malade, il en donne peu de détails.

Il est originaire de Paris. Elevé par une nourrice à Ris-Orangis jusqu'à cinq ans à cause de l'exiguïté du logement des parents. Le développement psycho-moteur semble avoir été normal.

Repris par sa famille à l'âge de six ans.

Scolarité sans problèmes jusqu'au B.E.P.C.

Puis, il entre comme employé dans une banque jusqu'à son service militaire et continue de vivre dans sa famille.

Ses parents le présentent comme « un jeune homme tout à fait bien », dit la mère, qui décrit cependant les angoisses et les obsessions impulsives, sans y avoir, semble-t-il, attaché grande importance. Il commence son service militaire à dix-neuf ans dans le train des équipages. Fait quatorze mois, au cours desquels il devient brigadier-chef.

Puis, il est hospitalisé trois fois, coup sur coup, à l'Hôpital du Val-de-Grâce.

— La première fois, quinze jours, en décembre 1963, pour « un état anxieux réactionnel ».

— La deuxième fois, fin janvier, début février 1964, durant un mois pour « un épisode dépressif » où l'on note déjà « une ébauche de dépersonnalisation, une sensation d'horizon bouché, des idées de suicide vagues ».

— Troisième hospitalisation de quatre mois, de mars à mai 1964, pour « état dépressif atypique » où la symptomatologie se complète. Il présente alors « un syndrome d'automatisme mental avec influence, des éléments de dépersonnalisation, des stéréotypies gestuelles, une ambivalence ».

Il est traité par sismothérapie et neuroleptiques.

Réformé définitif pour « séquelles d'un épisode délirant avec automatisme mental et syndrome d'influence caractérisé actuellement par une tendance au repli avec aprorexie. La symptomatologie fait réserver le pronostic ultérieur ».

Lorsque nous l'avons interrogé sur cet épisode initial, il évoque de lui-même « un choc émotionnel où il avait eu très peur ».

« J'avais couché avec une femme, dit-il, c'était la première fois, ça avait saigné un peu. » Il était allé voir son père pour lui dire.

Après une brève convalescence, il avait repris son travail tout en restant un peu changé, plus lointain, taciturne, s'isolant volontiers.

De mai 1964 à mai 1965, l'insertion socio-familiale avait été acceptable. Le malade ne suivait aucun traitement, vivait chez ses parents et travaillait

à nouveau comme employé de banque. Durant cette période, il s'était fiancé avec une jeune fille, mère célibataire de vingt ans.

— Dans notre service, il reçoit des neuroleptiques. Le contact s'améliore rapidement, les barrages disparaissent, la discordance s'atténue, l'angoisse diminue.

Les hallucinations sont plus tenaces, mais il ne s'agit que d'ordres banaux ou de commentaires.

Notons d'ailleurs qu'il ne s'agit plus que de voix inconnues.

Lorsqu'on l'interroge alors sur sa tentative de strangulation, il s'explique peu, se contentant de dire : « J'avais peur de mon père, ce n'était pas agressif, c'était de la défense. »

Le malade sort après un séjour un mois à l'hôpital. Il n'a pas été hospitalisé depuis et a repris rapidement son travail.

Après avoir vécu un certain temps chez ses parents, il a décidé de louer une chambre, continuant de prendre ses repas dans sa famille.

Il présente parfois de petites rechutes faites de subexcitation et surtout de fugues de trois à quatre jours. « Je quitte mes parents parce qu'ils m'asphyxient », dit-il.

Ces rechutes cèdent facilement à une majoration du traitement d'entretien.

Au dispensaire où il continue de consulter, on note un rationnalisme morbide, un certain apragmatisme, un faciès un peu figé, pas de productions pathologiques évidentes.

Le malade semble avoir évolué vers une sorte d'hébéphrénie à minima avec difficulté à concentrer sa pensée, manque d'allant, une espèce d'état dépressif atypique chronique.

Il est toujours célibataire ; a rompu deux fois des fiançailles : « Ça faisait trop de complications », dit-il. Sa vie sexuelle semble cependant normale.

Quant à ses impulsions meurtrières, il est incapable d'en parler maintenant : « Je ne me souviens plus... »

La tentative de meurtre se situe donc un an après le début de la maladie, lors d'un épisode fécond brutalement installé où s'intriquent dépersonnalisation, syndrome d'influence, idées délirantes, puis pulsion meurtrière dirigée contre le père. Tout ceci dans le cadre d'une angoisse psychotique intense.

Les motivations œdipiennes de cette agressivité sont exprimées de façon « caricaturale », le malade ayant demandé explicitement à sa mère d'avoir des rapports sexuels avec lui, puis lui ayant intimé de choisir entre son père ou lui.

Mais ce qu'il dira immédiatement après l'acte : « C'est comme si il avait dû mourir pour que je puisse vivre », introduit une « dimension » nouvelle. On ne peut pas ne pas rapprocher cette phrase du suicide du malade de notre première observation après la tentative manquée du meurtre de ses parents.

OBSERVATION N° 3

S... Robert, 36 ans

Etiqueté schizophrène paranoïde ancien, est hospitalisé le 25 février 1967 à la suite du meurtre de sa mère.

— En effet, le 23 février 1967, Raymonde S..., cinquante-six ans, est découverte morte, lardée de coups de couteau à son domicile à Paris. La mort semble remonter à trente-six heures environ. Son fils est auprès d'elle. Il rentrait, paraît-il, de Suisse.

S... est fils unique. Or, il incrimine du meurtre « son frère jumeau Max », qu'il aurait croisé dans l'escalier.

« Il est parti, dit-il, se cacher en Suisse. »

S... déclare avoir essayé d'opérer sa mère pour la sauver. Certaines blessures en effet semblent le prouver. Une croix gammée est de plus dessinée sur le ventre de la victime.

La mère appréhendait le retour de son fils qui l'avait déjà frappée et menacée de mort.

La nuit du meurtre, il a fait de nombreuses allées et venues dans l'escalier, transportant des linges souillés de sang et le cadavre d'un chat.

— La biographie du malade est succincte, on ne dispose que de certains renseignements donnés par la mère.

Il s'agit d'un enfant naturel.

Sa mère était ouvrière d'usine à Paris.

Son père serait décédé à l'âge de trente-six ans sans savoir que la mère du malade était enceinte.

Il avait un grand-père paternel à Genève et une grande-mère maternelle à Romans, actuellement décédée.

Il a été mis en nourrice jusqu'à l'âge de cinq ans, puis repris par sa mère. « A la maison, dit-elle, il était insupportable, faisait des fugues et avait des ennuis avec les voisins. »

Cette mère, d'après sa correspondance, paraît avoir été assez fruste ; elle a probablement fabulé sur ses origine auprès de ses voisins qui, après le meurtre, la présentent comme « une jeune fille ayant eu une jeunesse dorée, séduite à dix-huit ans. Elle avait fait le tour du monde : Bombay, Calcutta, la Bulgarie... »

En 1961, dans une lettre adressée au médecin de l'hôpital à la suite d'une demande de renseignements, elle écrira en parlant de son fils : « Mon Dieu, le pauvre, je n'ai pas pu beaucoup m'en occuper et je crois qu'il a vraiment manqué d'affection. Je m'en rends compte trop tard. »

Dans la même lettre, à la question : « Quel métier a-t-il appris ? », elle répondra : « Je ne l'ai pas élevé, je ne peux pas dire... »

Et cependant elle l'a gardé jusqu'à l'âge de quatorze ans, années durant lesquelles il a fait une scolarité primaire médiocre, n'a pas passé le C.E.P. ni fait d'apprentissage professionnel.

Puis il aurait été repris par la famille de son père durant quatre ans, de quatorze à dix-huit ans, et placé alors d'après lui dans « des institutions » en Suisse.

Il est émancipé à l'âge de dix-huit ans et retourne quelques temps chez sa mère. Puis il la quitte et elle perd sa trace. Il revenait épisodiquement « pour lui demander de l'argent ». « Toujours bien habillé, arrogant, mais ne disant rien », écrira encore sa mère.

Il fait alors son service militaire, au cours duquel il a un accident de voiture. Sa mère ignore si il a ou non été réformé.

Puis elle le voit de loin en loin sans rien savoir de lui jusqu'à sa première hospitalisation en 1961.

En fait, à partir de l'âge de vingt-cinq ans, il avait subi une série de quatre condamnations, la première en 1956 pour vol (peine de trois mois de prison à Paris), la deuxième en mars 1960 : vol également (cinq mois de prison à Bonneville), la troisième en mai 1960, une amende à Dijon pour avoir voyagé sans billet dans un train, la quatrième en octobre 1960, pour port illégal d'uniforme et de décorations (peine de huit jours du tribunal de grande instance de Paris).

Cette dernière condamnation, qui dépasse le cadre de la délinquance banale du psychopathe, prélude de quelques mois à la première hospitalisation du malade en avril 1961 pour « excitation psychique, désordre des actes ».

« Il est magnétisé par les SS. Il faut faire l'Europe, sinon la guerre éclatera dans quatre ans et demi », selon les termes du certificat de l'infirmerie psychiatrique du dépôt.

Deuxième hospitalisation lors d'un séjour chez sa grand-mère de Romans, à l'hôpital de Privas, dans la Drôme, du 13 juin 1962 à mars 1963, date à laquelle il est transféré à l'H.P. de Villejuif dont il sortira en novembre 1963.

Juste avant cette hospitalisation, un rapport médico-légal du 30 mai 1962 avait conclu à « une psychose paranoïde, à la dangerosité du sujet et à la démence au sens de l'article 64 ».

Cette expertise avait été demandée après son arrestation pour « port d'arme prohibé et usurpation de qualité ».

Il s'était, en effet, fait passer pour capitaine, « grade qu'il occupait, dit-il, dans les services secrets de l'amitié européenne de la lutte pour la paix, pour la métapsychique et la médiumnité ».

Troisième hospitalisation en avril 1965 où il est mentionné dans le certificat de l'I.P.P. :

« Etat d'excitation chez un schizophrène. Echange de coups avec sa mère qui précise qu'il veut la tuer. Vaste délire très flou. Thème de mission divine

rédemptrice. Fuite dans l'abstraction. Discordance. Conscience de l'état morbide. Antécédents de tuberculose pulmonaire. »

Il sort de l'hôpital en janvier 1966 et ne consulte aucun dispensaire de post-cure jusqu'au quatrième placement motivé par le meurtre de février 1967.

* *

Cette biographie, lorsqu'elle est exposée par le malade, variera selon les hospitalisations et va s'enrichir successivement d'apports délirants.

En 1963, il dira simplement qu'il est enfant naturel, que son père avait une grosse situation en Suisse et que son grand-père y est toujours ingénieur. Qu'il a passé son baccalauréat suisse, puis fait l'école de navigateur-radio dont il est breveté. Il aurait travaillé jusqu'en 1960 durant six ans et cessé « parce qu'il n'avait pas envie de faire ce métier ».

En 1967, deux mois après le meurtre, les experts commis pour l'examiner notent « qu'il décline correctement son état civil, puis qu'apparaissent des néologismes nombreux : il a passé la " maturité " suisse qui correspond au baccalauréat. On l'a réformé pour " une altercation au poumon " ».

Il explique alors qu' « il est navigateur-radio, mais qu'il aurait aimé être médecin comme son frère ».

Tout l'acte est imputé à ce frère imaginaire : cependant « la police sait que c'est pas moi, mais c'est les mêmes empreintes », dit-il.

Et encore : « Je ne crains rien, la police m'a dit : " Si tout va bien, vous reprendrez votre droit vital ". »

Puis il extériorise des préoccupations hypochondriaques délirantes. « Il a un abcès de l'abdomen qu'il a opéré lui-même à l'aide d'un seau. » (Effectivement, il présente une plaie récente faite par lui dans le service.)

A noter une appendicectomie en 1960.

Il présente des propos délirants diffluents concernant les Juifs, les Gitans, les chromosomes, l'hypophyse.

La conviction délirante de la culpabilité du jumeau imaginaire apparaît absolue.

* *

Lorsque nous voyons le malade le 18 juillet 1968, il apparaît très incohérent, totalement envahi par son délire. L'existence de son frère jumeau s'est précisée : « On l'appelle Max, mais son nom c'est Ijurk, moi Robert mais on m'appelle Franck. »

Il est le double « interchangeable » du malade qui explique : « Il vivait avec mon père et moi avec ma mère, mais quelquefois nous changions et les autres ne s'en apercevaient pas. »

Ce frère est médecin et n'exerce plus car, dit-il : « Il a quitté la chirurgie. Il était au bloc opératoire et la dame qu'il opérait de l'appendicite est morte, ça l'a touché. »

Ceci l'amènera d'ailleurs directement à ses préoccupations hypochondriaques concernant son propre abdomen. « On a peut-être oublié quelque chose, il faudrait faire une radio. » « Je peux vous montrer ma cicatrice. »

Puis il parle à nouveau du frère qu'il présente comme un personnage interloque et fascinant connu dans tous les bars de Genève, vivant sur un grand pied grâce à la contrebande : « C'était un salaud, dit-il, il a comme tué ma mère. » « Mais je suis obligé de lui rendre service en payant à sa place. » « Moi, ajoute-t-il, j'aimais sa mère. »

Il parle également de son ancien métier de navigateur-radio en se présentant comme « un bourlingueur »... « J'ai fait Panama ... La Suède ... »

Le « comme tué » noté précédemment revient toujours dans sa conversation. Il précise d'ailleurs : « Elle n'est pas morte. J'ai mis une glace devant ses lèvres et il y avait de la buée. Elle était en catalepsie comme certains Juifs savent le faire. Elle va venir me chercher. »

On trouve dans le dossier une lettre écrite de sa main adressée à sa mère en février 1968 (juste un an après le meurtre), dans laquelle il lui dit : « Excuse-moi de t'avoir fait souffrir, le Max et moi. » Et un peu plus loin : « J'espère que tu t'es bien retapée. »

Le malade parle beaucoup de la Suisse. Il espère y retourner : « C'est un refuge pour moi. »

Lorsqu'on lui parle de ses souvenirs d'enfance, il répond : « J'ai le don de les oublier, cependant j'ai réalisé que je vivais lorsque je me suis retrouvé au-dessus du mont Blanc, j'avais quatre ans. »

Il fait également souvent allusion à son origine israélite, disant notamment : « A quatre ans et demi, j'ai réalisé que j'étais Juif, c'est une fierté pour moi. »

Il est actuellement toujours hospitalisé. Il s'occupe assez régulièrement, communique peu avec les autres. Il conserve le même délire incohérent, qui s'enrichit, quand il veut bien se prêter à l'examen, de détails nouveaux. On ne note pas d'hallucinations exprimées, ni de signes patents de discordance.

Cette observation appelle quelques commentaires. Contrairement aux autres cas que nous rapportons ici ou dont nous avons pu avoir connaissance, le parricide semble avoir été accompli de façon certes délirante, mais assez adaptée et efficace ; d'autre part, l'évolution ultérieure est assez particulière. Le meurtre n'est pas « désactualisé » et le malade se tient à un délire qui, s'il est tout à fait paralogique et incohérent, n'est pas dépourvu d'une certaine structure, organisée autour d'un noyau stable (la création délirante d'un frère jumeau qui est l'autre soi-même, à la fois soi et autre, dans laquelle est cristallisée l'ambivalence et le manichéisme de l'être, et grâce à laquelle est résolue l'anxiété).

S'il a probablement existé au début de la maladie des expériences aiguës oniroïdes, on ne note actuellement ni angoisse de dépersonnalisation (radicalement dépassée dans le délire), ni dissociation de la pensée, ni discordance. Malgré enfin la tendance du malade à la solitude, on ne saurait parler ici d'autisme dès que s'établit le dialogue et l'exposé du délire.

Ce malade a été à plusieurs reprises rangé dans le groupe nosologique des « schizophrénies paranoïdes ». C'était une raison suffisante pour en rapporter ici l'observation. Nous serions personnellement plutôt tenté de le considérer comme un paraphrène, ce qui n'enlève rien à l'intérêt, cette fois comparatif, que présente son étude.

OBSERVATION N° 4

Maurice C..., 24 ans

Première hospitalisation dans le service en P.O., en octobre 1967, sur un certificat de l'infirmerie spéciale indiquant : « Ivresses répétées chez un sujet jeune. Violences en milieu familial. A détruit pour 10 000 F de meubles chez son père. Terrorise son entourage. Les troubles datent de la rentrée du service militaire, il y a deux ans. »

Dans le service, le lendemain, le malade est dégrisé, et l'on se trouve en présence d'un jeune homme à l'air un peu timide et gêné, paraissant mal comprendre pourquoi il est hospitalisé et s'en plaignant de façon assez enfantine, sans se départir d'un sourire et d'une euphorie peu adoptés.

Il n'a qu'un souvenir imprécis et très atténué de ses violences, et semble avoir oublié que sa famille y assistait : « Il était seul, a bu un peu, puis a fait un peu de chamboulement ... Il a renversé deux ou trois meubles ... sans doute que les voisins ont entendu. »

A l'examen séméiologique, on ne note ni idées délirantes, ni phénomènes psycho-sensoriels exprimés. Cependant le contact est très médiocre, la pensée est floue, l'appréhension de la réalité paraît formelle et imprécise ; il existe, outre un parasitisme discret et des rires insolites, quelques préoccupations somatiques, exprimées d'ailleurs dans un style révélant une tendance aux formulations abstraites, qui évoquent une ébauche d'angoisse de dépersonnalisation : « Je me trouve faible de force physique. » Il établit par moments une relation de cause à effet entre cette « faiblesse » et le fait qu'il a dû être opéré dans l'enfance de cryptorchidie (l'opération s'est d'ailleurs bien passée et il est actuellement normalement développé). Cette anomalie est alors expressément reprochée à son père.

L'examen physique est normal. On ne note pas de signes d'intoxication alcoolique chronique.

Dans les antécédents personnels, on retient qu'il a dû être placé en nourrice pendant sa première année, parce qu'il était anorexique, qu'il est décrit ultérieurement comme un enfant et un adolescent, calme et isolé, sans amis, que sa mère est décédée pendant son service militaire. Il est l'aîné de trois enfants, a été élevé par ses parents, a eu sont certificat d'études, puis a travaillé comme O.S. en usine. Son service militaire s'est passé sans incident notable. Les premiers troubles se sont manifestés à son retour sous forme d'ivresses épisodiques avec violences électivement dirigées contre le père.

De sa mère, on sait seulement qu'elle aurait été cardiaque et qu'elle était « malade mentale », hallucinée depuis un ou deux ans lors de sa mort.

Le père, qu'on a vu à plusieurs reprises, est un homme de quarante-cinq ans, d'une intelligence apparemment normale, d'une robustesse physique très suffisante pour résister à son fils. Il donne cependant une impression de malade mental, tant il est anxieux, désemparé et sans défense contre son fils. Il nous raconte avoir été plusieurs fois frappé par lui sans raison, alors même qu'il était couché et dormait, et s'être parfois réfugié la nuit chez des voisins de peur de l'affronter. Tremblant et bredouillant, il nous fait part de son appréhension en sanglotant de façon convulsive, sans oser d'ailleurs décider de ne pas reprendre avec lui son fils ou s'opposer à sa sortie. Il s'est remarié un an après la mort de son épouse avec une jeune femme divorcée de trente ans que nous n'avons jamais vue.

Le séjour à l'hôpital se déroule sans incident. Le malade s'occupe à l'atelier médical. Il est souriant. Son contact reste cependant très médiocre, il est apparemment indifférent à son sort, ne se préoccupe pas de savoir s'il a ou non perdu sa place et ne se montre pas spécialement pressé de sortir. Sa syntonie est purement superficielle, à aucun moment il n'est possible d'obtenir de lui de coopération active au traitement ; il répond aux questions qu'on lui pose en les éludant, ou encore de façon vague, impersonnelle, acquiescant et reprenant sans participer ce qu'on lui souffle. Il accepte son traitement — désintoxication et neuroleptiques — passivement, comme s'il n'était pas concerné. Il est régulièrement visité par son père. Il sort au bout de deux mois et demi, en décembre 1967.

Il se présente régulièrement au dispensaire, toujours égal à lui-même. Il travaillerait, prendrait de l'espéral, s'entendrait bien avec sa famille.

Il est hospitalisé à deux reprises à nouveau : de juillet 1968 au 3 septembre 1968 pour ce qu'il appelle « une nouvelle discussion » avec son père (le médecin du C.P.O.A. signale dans son certificat des idées délirantes de persécution qui n'ont pas été retrouvées à l'examen dans le service le lendemain), puis le 19 octobre 1968.

Cette dernière hospitalisation a été faite après visite à domicile sur signalement du père. Celui-ci sortait de l'hôpital avec une large ecchymose orbitaire, une plaie suturée du cuir chevelu et un bras dans le plâtre. Il avait, nous dit-il, été assailli et roué de coups sans raison par son fils, la veille, dans la rue.

Son fils lui aurait d'ailleurs juré de le tuer. D'après le père, il n'aurait jamais pris de traitement et aurait toujours continué à boire.

A l'examen, il a un débit rapide, assez précipité, monotone, entrecoupé de quelques rires discordants. Le contenu du discours est remarquablement pauvre. Il nie ou minimise les troubles du comportement et les excès alcooliques signalés par le père. Il semble vivre avec une sorte de détachement des événements qui ont perdu leur actualité : « Pendant que j'étais là, mon frère a pris mon électrophone ... c'est pas gentil. Je ne l'ai pas encore vu pour que je lui réclame mes affaires ... C'est pour ça que je me suis énervé... »

Quand on lui fait remarquer que son père n'était pour rien dans la disparition de l'électrophone : « Sûrement qu'il a dû dire quelque chose qui a dû me choquer ... J'ai pas tapé dessus méchamment, remarquez ; je me suis excusé, je lui ai donné 10.000 F pour qu'il prenne des soins ... J'espère que je vais peut-être les voir dimanche ; je leur ai dit, je leur paierai le voyage ... Quand on est énervé comme ça, on ne regarde pas, c'est dangereux quoi. »

Quelques minutes après cet entretien, il fait une tentative de fugue impulsive, escalade le mur du pavillon et se fracture le calcanéum : « C'est dur de vivre ici, on est enfermé, on est bouclé, quoi. » (Rires.)

Notons ici la maladie mentale de la mère et le psychisme particulier du père qui, rapprochés de l'anorexie grave du malade en milieu familial dans sa première année, font présumer une perturbation très précoce des relations parents-enfant.

Il faut également souligner l'importance de l'alcoolisme dans la survenue des impulsions agressives. Celles-ci ne se manifestent que lorsque le malade est en état d'ivresse, l'alcool jouant là son rôle habituel dans la levée des inhibitions.

En dehors de ces épisodes, et sauf une ou deux périodes signalées comme délirantes, le malade apparaît comme un schizophrène incontestable mais dans la forme simple, réduite à une indifférence affective, une désadaptation de la réalité sans phénomènes psycho-sensoriels ni délire exprimé.

OBSERVATION N° 5*

.. ..

Le nommé L... Jean-Baptiste est âgé de vingt-sept ans, né et domicilié à Meursault, canton de Beaune. Ses parents sont propriétaires de vignes qu'ils cultivent, sont dans l'aisance et n'ont que cet enfant. Ils ont une conduite

(*) Extraits de D. Brunet : Rapport médico-légal sur le nommé L..., inculpé d'une tentative d'assassinat sur sa mère » (*A.M.P.*, 1869, 11, 17).

très régulière, ne se livrent à aucun excès ; ils sont intelligents, mais concentrés et un peu bizarres. La mère est d'une très faible santé, souvent souffrante.

Existent, dit l'auteur, d'importants antécédents psychiatriques dans la famille maternelle.

Le nommé L... a été élevé au biberon, n'a pas eu de convulsions pendant sa dentition et s'est toujours montré très intelligent. Dès l'âge de cinq à six ans, il s'est fait remarquer par sa piété et son ardeur pour l'étude. Ses parents et l'instituteur ont été forcés de modérer son zèle, au lieu de l'exciter, et il a pratiqué, avec ferveur, ses devoirs religieux jusqu'à l'année dernière. Des doutes lui sont venus alors sur les mystères du christianisme, et même sur l'existence de Dieu ; il en a fait part à son confesseur, qui n'est pas parvenu à les dissiper, et il a cessé de fréquenter l'église.

Il est d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une faible constitution ; sa barbe est très clairsemée, blonde ; les cheveux sont châtains. Il présente une bonne conformation crânienne, un front large et élevé.

Il répond avec précision aux questions qu'on lui adresse, s'exprime avec clarté et une certaine élégance qui n'est pas ordinaire aux gens de sa condition. Les renseignements qu'il nous donne, verbalement et par écrit sur la maladie de langueur dont il se dit atteint, sont très diffus, presque incohérents, et il attache la plus grande importance aux faits les plus futiles.

En voici à peu près le résumé :

Vers l'âge de quinze ans, il s'est coupé le genou d'un coup de serpe ; le sang a coulé quinze jours et il est resté quatre mois alité. A la même époque, il s'est livré à l'onanisme pendant une année environ et il eut, dit-il, une fois, la déplorable idée de faire ployer sa verge, chose insignifiante que lui regarde comme très sérieuse. Quand il a cessé de se livrer à cette funeste habitude, il a été pris de pollutions séminales nocturnes auxquelles il attribue une très grande influence sur les phénomènes morbides qu'il a éprouvés à partir de ce moment. Ces pollutions, à part certaines époques très variables, n'ont guère cependant dépassé les limites physiologiques. Il n'a jamais pratiqué le coït.

Il a cessé d'aller travailler aux vignes avec son père, se disant incapable de se livrer à aucun travail, sortant à peine de chez lui, passant tout son temps à lire des ouvrages d'étude ou de piété, et à analyser les phénomènes morbides qu'il ressentait. Ses parents ne le contrariaient en rien et lui laissaient toute sa liberté d'agir comme il l'entendait. Il préparait, le plus souvent lui-même, ses aliments et recherchait avec le plus grand soin ceux qu'il croyait devoir le mieux lui convenir. Rarement il buvait du vin, parce qu'il trouvait qu'il lui faisait monter le sang à la tête. Un peu constipé, il prenait, tous les jours, un et quelquefois deux lavements d'eau de son. Il était plus souffrant l'été que l'hiver ; les grandes chaleurs l'abattaient, le rendaient comme un corps sans vie.

Décrire toutes les sensations qu'il éprouvait serait trop long, et nous pouvons les résumer par l'expression d'anémie hypochondriaque : lourdeur de

tête, céphalalgie, surtout à la partie postérieure, bourdonnements d'oreilles, gastralgie, anhélation, fatigue générale, insomnie, impressionnabilité excessive, tels sont les symptômes dont il se plaignait le plus souvent. Parfois même, il ne pouvait porter un seau, faire son lit, ni balayer sa chambre, tant il se sentait abattu. Les médecins, qu'il a consultés, lui ont tous conseillé un régime tonique, des préparations ferrugineuses, des viandes rôties, du vin, des amers, des bains froids ; mais à part la tisane amère qui avait un peu amélioré sa santé, il prétend que cette médication, qui pourtant était très bien appropriée à son état, était trop forte pour lui et lui était nuisible. Aussi ne l'a-t-il continuée que rès peu de temps et suivait-il un régime tout opposé, prenant peu de viande, presque jamais de vin, et mangeant surtout des légumes et des fruits. Il était souvent altéré et buvait de grandes quantités d'eau tiède, ce qui ne pouvait qu'aggraver sa maladie.

Depuis le commencement de l'année 1866, ces symptômes ont encore augmenté de fréquence et d'intensité, en même temps que des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, et des idées de persécution venaient s'y joindre dans certains moments.

Il croyait qu'on voulait le faire mourir, qu'on s'introduisait dans sa chambre pour l'empoisonner, qu'on empoisonnait même les hosties de la communion, qu'on lui faisait respirer un poison violent, qu'il avait toujours dans la gorge l'odeur de charbon, de soufre, que les médecins s'essayaient sur lui, que ses parents le trompaient comme tout le monde, qu'ils étaient la cause de ses souffrances, que l'on parlait mal de lui. Un jour, il s'est cru enragé. Une autre fois, il lui semblait que son corps était brûlé par du charbon, qu'il allait mourir de faiblesse, que l'estomac et la tête étaient altérés comme si du venin, d'une odeur de fer-blanc, était répandu dans ses veines. D'autres idées étranges et qu'il ne pouvait chasser lui venaient à l'esprit. En 1866, pendant les vendanges, *il a eu celle de tuer sa mère, de tuer quelqu'un pour ne pas mourir, pensant que s'il ne tuait personne, on le tuerait.* La mémoire n'était plus aussi nette ; il ne pouvait plus lire ni écrire que pendant quelques instants et sa vue s'affaiblissait. Il comprenait difficilement ce qu'il lisait dans ces moments d'égarement.

Il lui semblait entendre des voix qui lui disaient des injures ; c'étaient des voix confuses, presque insaisissables, et qui étaient en quelque sorte un intermédiaire entre de simples idées et des perceptions sensorielles.

La nuit, il était plus agité que le jour, dormait peu, se levait souvent pour boire de l'eau, pour sortir dans la cour et même se promener dans la campagne dont l'air frais le calmait. Il parlait seul en se promenant, riait souvent d'un rire hébété. Croyant que sa maladie tenait peut-être à l'air du pays, il voulut s'engager, mais ne put donner suite à ce projet, parce qu'il avait été réformé pour faiblesse de complexion. Une autre fois, il demanda au maire de sa commune un passeport pour s'en aller au loin. Le maire, qui regardait cette demande comme un acte insensé, en prévint le père qui lui répondit que son fils avait

souvent, en effet, des idées très bizarres, qu'elles étaient très mobiles, et que probablement il ne retournerait pas renouveler sa demande, ce qui eut lieu.

Tous ces symptômes n'étaient pas continus, comme je l'ai déjà dit plus haut, et quand il allait mieux, il avait conscience de l'insanité de ses idées de persécution, de la fausseté de ses hallucinations, et témoignait beaucoup d'affection à ses parents qui du reste l'aimaient beaucoup, et auxquels il pourrait à peine reprocher un défaut d'expansion à son égard, défaut naturel de leur caractère.

Dans les premiers mois de 1867, sa santé se raffermit un peu, et il eut même un moment l'espoir d'une guérison complète, mais au printemps, il retomba plus malade que jamais.

Le 15 juillet, après avoir passé une nuit très agitée, avoir bu beaucoup d'eau, il se leva à 4 heures du matin, se promena au hasard dans la campagne sans savoir ce qu'il faisait ; il pensait qu'il n'était pas bien chez lui, qu'il serait mieux ailleurs, même en mendiant son pain. Il rentra chez ses parents vers 10 heures du matin. Il était très calme, parla à sa mère, mangea des cerises aigres, but un verre de vin, puis tout à coup lui dit qu'il fallait qu'il la tuât. Il se jeta sur elle, la terrassa et lui donna dans le ventre un coup de couteau. Sa mère se releva, voulut lui enlever ce couteau qui se cassa dans sa main, et qui lui fit une légère incision au pouce et à l'indicateur. Il prit un autre couteau, et comme elle venait de sortir dans la cour, il courut après elle, mit même le loquet à la porte pour qu'on ne pût l'ouvrir du dehors, et lui donna un nouveau coup de couteau à la partie inférieure et antérieure du cou ; ce coup est sans gravité, tandis que le premier intéressait complètement les parois abdominales, et que par cette incision, une portion des intestins faisait hernie au dehors. Quand les voisins accoururent aux cris de la mère, il leur ouvrit lui-même la porte et resta devant eux tout à fait calme, comme s'il venait de commettre un acte très juste et sans gravité. Pendant que sa mère lui reprochait de chercher à la tuer, et au moment où les voisins arrivèrent, il disait que sa mère le trompait comme tout le monde en voulant lui faire croire qu'il y avait un Dieu, qu'elle était la cause de ses souffrances et qu'il fallait que cela finisse. Quand le soir, les gendarmes sont venus le chercher, il continuait à être très calme et a été étonné de se voir conduire en prison au lieu de l'être dans une maison de santé. Il se repentait à peine de l'acte qu'il avait commis, et il en a rejeté la responsabilité sur la maladie dont il est atteint.

Il ne se rappelle pas lui-même très exactement la manière dont il s'est comporté pendant cette tentative d'assassinat. Son récit ne diffère guère cependant de celui de sa mère et des voisins qui sont arrivés au secours de celle-ci.

Depuis qu'il est en prison à Dijon, sa santé a été assez bonne et il paraît s'en préoccuper davantage que de celle de sa mère dont la plaie abdominale, quoique très grave, est heureusement en voie de guérison.

Il accuse toujours la même faiblesse, les mêmes douleurs hypochondriaques. Il se dit abattu au point de demander deux jours pour écrire deux pages.

Il raconte les détails de sa tentative d'assassinat avec un sang-froid incroyable, et sans verser une seule larme, comme le ferait à peine un spectateur indifférent. Quand on lui reproche son insensibilité morale, il nous répond que ce n'est pas sa faute, mais celle de sa maladie, s'il a cherché à tuer sa mère. Il n'a aucune inquiétude de l'avenir, et n'a pas la moindre crainte qu'il puisse être condamné à une peine quelconque. Il s'est fait apporter sa seringue par son père, et prend régulièrement tous les jours son lavement d'eau de son.

Il ne présente en ce moment aucune hallucination, aucune idée de persécution, et reconnaît lui-même que c'était de la folie d'attribuer sa maladie à des causes étrangères à sa personne. Il nous dit cependant qu'il a des tintements d'oreilles, et qu'en prêtant une forte attention à ces tintements, il lui semble entendre comme un mélange confus de voix en rapport avec la nature de ses préoccupations.

La précision de l'auteur et l'excellence de sa description permettent à coup sûr de poser ici le diagnostic de schizophrénie.

La maladie semble avoir été précédée d'une période de schizoïdie simple sans phénomènes nettement pathologiques, avec cependant introversion, tendance à l'isolement, avec étude abstraite et accentuation progressive d'une inquiétude toujours renouvelée concernant d'hypothétiques maladies.

L'apparition d'un délire flou à thèmes surtout persécutifs signe l'entrée dans la maladie. Les préoccupations hypochondriaques sont alors devenues tout à fait délirantes.

Le meurtre apparaît ici « une solution magique » pour le malade, comme le confirme cette citation : « Il avait eu l'idée de tuer sa mère, de tuer quelqu'un pour ne pas mourir, pensant que s'il ne tuait personne, on le tuerait ».

OBSERVATION N° 6*

. . . . . .

R..., vingt-trois ans, accompagnait un matin sa mère au marché quand, en pleine rue, il tire sur elle plusieurs coups de revolver et prend la fuite. Rejoint et arrêté, il est trouvé porteur de deux revolvers et d'un rasoir. La victime survit à ses blessures.

Interrogé sur les mobiles de son acte au commissariat de police et à l'instruction, R... manifeste de la réticence et de l'incohérence, disant sentir vaguement que sa mère lui en voulait, qu'elle ne le supportait pas, ajoutant « pourvu

(*) Extraits de : « Tentative grave de parricide par un dément précoce avec apparence de préméditation », par Genil-Perrin et Madeleine Lebreuil (*A. Méd. Lég.*, 1935).

que maman vive ! », et disant qu'il ne se sauvait pas quand on l'a arrêté et courait se rendre au commissariat de police.

Sa mère était mariée depuis 1919 avec M. C...

Voici l'histoire de R... racontée par son beau-père et sa mère : jusqu'à son service militaire et pendant cette période, il a été normal. Trois mois avant la date de sa libération, il avait été mis en observation à l'hôpital de Metz pour neurasthénie et anxiété constitutionnelle, à la suite d'une fugue : parti du camp de Bitche avec la bicyclette de son adjudant et arrivé à Sarreguemines, il avait demandé à un chauffeur de taxi de le conduire dans la localité de la région parisienne où habitait sa famille. Mais devant l'allure bizarre de ce militaire, le chauffeur l'avait remis à la gendarmerie de Metz.

R... avait d'ailleurs écrit à ses parents une lettre décousue où il disait que ses camarades lui faisaient du mal et qu'on allait le rendre fou.

Libéré et reconduit au domicile familial par sa mère (avril 1931), R... y est resté sans rien faire, mangeant, se promenant, ne cherchant pas à se rendre utile, manifestant quelques accès d'humeur, quelques impulsions. Il avait été plusieurs fois question de le faire interner, mais sa mère n'avait pu s'y résoudre.

Deux mois avant le drame, il avait descendu son matelas à la cuisine et ne voulait plus coucher dans sa chambre. Il passait ses nuits sur ce matelas avec le chien de la maison qui ne le quittait pas.

Examiné par nous, R... se présente avec un faciès inerte, une allure apathique ; ses réponses sont laconiques ; l'effort mental est difficile. Au bout de quelques minutes d'examen, le diagnostic de démence précoce hébéphréno-catatonique s'impose.

Interrogé sur les mobiles de sa fugue de Bitche, R... répond en substance : « J'avais besoin de voir maman. J'avais eu juste deux petites permissions pendant mon service ; je désirais voir ma mère, je m'ennuyais, je n'étais pas embêté à la compagnie. »

Interrogé sur les mobiles de sa tentative de parricide, il dit : « J'ai tiré sur maman ... elle ne pouvait pas me voir, elle ne pouvait pas me sentir ; elle m'envoyait promener ; il y avait toujours des discussions ; j'étais malheureux ; au lieu de coucher dans ma chambre, je couchais dans la cuisine ; j'aimais mieux coucher en bas pour éviter d'être à côté de mes parents ... Le dimanche, elle est partie au marché ; je lui ai encore demandé pourquoi elle me menait la vie dure. On s'est fâché, alors j'ai tiré ... J'avais acheté les revolvers pour avoir une arme, par prudence, pour la sûreté ... Avec mon beau-père, je m'entendais bien, il n'a jamais été mauvais avec moi. Il n'avait de discussions qu'avec ma mère ... Mon beau-père ne m'en voulait pas ; il n'y avait que maman. Chaque fois que je lui causais, elle m'envoyait promener, ou elle me disait de mauvais mots ... Mon beau-père m'a dit qu'elle était morte ... Je ne suis pas content qu'elle soit morte, j'ai fait cela dans un coup de colère. »

Nous lui apprenons que sa mère n'est pas morte. Il ne réagit pas, répond vaguement qu'il est bien content, mais cette réponse est purement verbale et dépourvue de tonus émotif.

Le dialogue se poursuit ainsi :

— *D :* Si vous étiez acquitté, que feriez-vous ?

— *R :* Cela dépendra de l'état de conscience de la personne ... Je ne sais pas ce que je ferais ... Je n'ai pas le goût à travailler ... Je travaillerais où j'étais avant, à la Radiotechnique.

— *D :* Qu'allez-vous devenir ?

— *R :* Je ne sais pas ... Quelqu'un qui a tué doit être tué.

Nous avons conclu à l'irresponsabilité, R... a bénéficié d'un non-lieu et a été interné dans notre service. Il reste couché, indifférent, ne parlant jamais spontanément. Le diagnostic de démence précoce se confirme.

Il s'agit là d'un jeune malade présentant une schizophrénie à forme hébéphréno-catatonique évoluant, semble-t-il, depuis trois ans.

L'agressivité est électivement dirigée contre la mère. L'ambivalence du malade qui achète des revolvers, tire sur sa mère et souhaite immédiatement après « que maman vive », est là évidente. Les motivations qu'il donne sont pauvres, on est tenté d'y voir la jalousie œdipienne : « Elle m'envoyait promener. » « Je préférais coucher en bas pour éviter d'être à côté de mes parents... », dit-il.

Le beau-père apparaît comme un personnage un peu étranger — non concerné directement.

Le malade semble avoir sombré assez rapidement après son acte : « Restant couché toute la journée, ne parlant jamais spontanément, indifférent à tout. »

OBSERVATION N° 7*

Le jeune Roland A..., vingt et un ans, est inculpé de tentative de meurtre sur la personne de ses parents. Voici comment, d'après les éléments du dossier, s'est déroulée l'agression.

Le lundi 21 janvier 1949, le jeune A... rentre de son travail un peu plus énervé que d'habitude. Le dîner se passe sans discussion, pourtant il semble à Mme A... que son fils les regarde plus sournoisement que d'habitude. Vers 20 heures, il va écrire dans sa chambre à la lueur d'une lampe.

(*) Extraits de : « Deux cas de parricide », par M. Cénac et E. Martimor (*An. de Méd. Lég.*, 1950).

Quelques instants plus tard, Roland, la lampe à la main, entre dans la chambre de ses parents, déclarant qu'il vient chercher un stylo. Le jeune homme pose alors la lampe, puis se tournant vers la mère dit gentiment : « Au revoir, ma petite maman chérie », et commence aussitôt à lui porter des coups de couteau. M. A... essaie de gagner la porte pour appeler au secours. Roland le rejoint et le frappe également de son couteau. « Assassin, dit le père, tu es en train de tuer ton père et ta mère. » « Ce n'est rien, mon petit papa chéri. » Et il continue de frapper à coups de couteau. Le père arrive à le désarmer. Roland le pousse alors sur le lit et le frappe à coup de tisonnier, puis retournant dans la chambre, porte plusieurs coups de tisonnier à sa mère affolée par terre. Les voisins arrivent à ce moment. Roland revient alors dans la pièce où se trouve son père, lui lance au passage une bouteille et s'enfuit par la fenêtre. Roland fut pris sans résistance par les agents. Les parents avaient reçu de nombreuses blessures (le père : quinze coups de couteau).

— *Hérédité.* Nous n'avons aucun renseignement sur le père véritable de l'inculpé. Roland est né douze jours après le mariage de ses parents légaux et aurait été conçu pendant le concubinage de sa mère avec un homme qui l'abandonna. Sa mère, âgée de quarante-huit ans, est en bonne santé. On ne connaît pas de tares nerveuses dans l'ascendance maternelle. Une sœur morte à sept ans de méningite.

— *Antécédents personnels.* Aucune maladie grave de l'enfance. Ecole jusqu'à quatorze ans. Pas de C.E.P. : « Ne voulait rien apprendre. » Querelleur, turbulent, indocile mais affectueux. Après l'école primaire, essai vite abandonné d'école professionnelle, puis divers emplois (mécanique, menuiserie, manœuvre). Instable.

A l'âge de dix-huit ans, en février 1946, bouffée délirante à thème mal systématisé de persécution politique avec éléments discordants de subexcitation. Violences sur sa mère. Internement (Sainte-Anne, Vaucluse, Clermont de l'Oise) du 6 février 1946 au 16 octobre 1947. Traitement par sels d'or, tuberculinothérapie, électrochoc. Sort amélioré, sur les instances pressantes des parents.

« Depuis sa sortie de Clermont, dit la mère, il n'a jamais été normal. Il n'était jamais content, bien que mon mari et moi le gâtions. Son beau-père lui ayant ressemelé ses chaussures, il se montre d'abord enchanté, puis les déchire. »

Le 1er mars 1948, agacé par une plaisanterie du beau-père, Roland le traite d'imbécile et le frappe violemment, puis s'enfuit emportant une forte somme d'argent.

Par la suite, Roland travaille plus régulièrement. Dans son dernier emploi (entreprise de transports), son entourage constate qu'il a un caractère bizarre. Il est peu expansif, rêveur, rit ou sourit sans motif apparent.

L'examen ne montre aucun stigmate dystrophique. Légère acrocyanose. Morphologie pycnique.

On constate quelques troubles de la mémoire, imprécision des souvenirs, surtout pour les faits récents. Oubli apparent de l'épisode délirant. Il faut noter que Roland a subi deux séries d'électrochocs (Vaucluse et Clermont).

Pendant tout l'interrogatoire, il reste amorphe, sans émotion apparente.

Nous lui demandons s'il est exact qu'au moment de frapper sa mère, il a prononcé des mots tendres tels que : « Maman chérie, tu ne souffres pas ? »

Au moment de l'évocation précise de son comportement au cours de l'agression, Roland baisse davantage la tête et, nous penchant à notre tour pour l'observer, nous pouvons constater un sourire qui a persisté pendant toute l'évocation de la scène de l'agression.

« Je n'avais aucun grief spécial contre eux à ce moment-là, dit-il. C'est le résultat de mes discussions avec mon père. Je reconnais que c'était stupide de ma part. Je leur ai expliqué sur le champ que je regrettais ma lourde faute et leur demandais un grand pardon. »

Pendant tout ce récit, A... n'a manifesté aucun signe apparent d'émotion.

Nous revenons encore une fois pour lui demander les raisons de son acte ; il est incapable, dit-il, d'en trouver et se contente de cette phrase : « C'est assez difficile à dire ! »

Le rapport médico-légal résumait cette description en affirmant l'existence chez l'inculpé de « troubles de la mémoire et du jugement, d'indifférence émotionnelle et affective, de sourires discordants, de bizarrerie du comportement et du langage, symptômes habituels de dissociation psychique de type schizophrénique. »

Cette septième observation concerne un jeune schizophrène de vingt et un ans, malade depuis trois ans, interné et traité durant un an et demi dans divers hôpitaux. Sorti à la demande de sa famille, resté « bizarre, peu expansif riant ou souriant sans motif apparent », il a présenté une impulsion brutale contre son beau-père un an avant la tentative, impulsion sans but homicide, semble-t-il, et liée à une réaction d'agacement.

Soulignons, comme dans l'observation n° 6, l'ambivalence du malade qui, tout en frappant sa mère, lui demande : « Maman chérie, tu ne souffres pas ? »

Ici encore, comme dans l'observation précédente, l'agressivité proprement meurtrière semble focalisée sur la mère, et le beau-père n'est frappé que parce qu'il cherche à s'interposer.

OBSERVATION N° 8*

. . . . . .

Le 1er mars 1954, vers 16 h 30, on découvrait le sieur M. Antoine, vieillard cachectique de quatre-vingt-deux ans, étendu dans sa chambre la gorge tranchée. La tenue vestimentaire légèrement défaite mais nullement désordonnée, ne témoignait en rien d'une scène de violence. On ne retrouvait pas d'arme blanche à proximité de la victime dont les mains étaient indemnes de toute souillure de sang. La victime présentait au niveau du cou une vaste plaie béante, à bords nets, occupant les régions antérieures et latérales selon une direction transversale sensiblement parallèle à la direction des plis cutanés. Au niveau du pubis, on découvrait une vlaste plaie linéaire horizontale, par instrument tranchant, qui s'étendait d'un pli de l'aine à l'autre, intéressait les plans superficiels de la région, les tissus de la racine de la verge et mettait à nu les corps caverneux dont l'élasticité à l'état de flaccidité les avait fait se dérober ou fuir sous le tranchant.

L'enquête aboutissait très rapidement à l'identification du coupable qui se trouvait être le propre fils de la victime, M... Louis, grand garçon âgé de trente-deux ans, bien découplé, au faciès sympathique, mais étrange par l'étonnante fixité de son regard et l'extrême douceur de sa voix, qui appelaient à la réserve. Tout en lui, en effet, évoquait une force contenue et implacable. Et c'est cette force qui l'avait conduit au meurtre de son père, acte dont il ne manifesta d'ailleurs aucun regret.

Ses antécédents pathologiques n'ont rien révélé de particulier. L'intéressé a simplement signalé qu'à certains moments, « il lui était arrivé d'avoir des crises d'éblouissements avec vertiges et chute ». Il avait accompli son service militaire normalement. Toutefois, dès 1948, par son comportement psychique fait d'irritabilité, d'agressivité et d'idées délirantes à prédominance mystique, M... Louis inquiétait suffisamment son entourage pour justifier son internement d'urgence au Centre Hospitalier Militaire de Marseille, en avril de cette année, avec le diagnostic de « délire paranoïde avec syndrome d'influence et divagations mystiques, poussées d'excitation et réactions dangereuses ». Le procès-verbal d'interrogatoire de la sœur du malade relate les circonstances qui ont nécessité le placement de son frère :

Ce jour, à 12 h 10, en entrant chez mes parents, je me suis mise à table. Mon frère, qui est d'un naturel coléreux, a prononcé des paroles incohérentes, disant notamment, en montrant une statuette qui représentait un tireur à l'arc : « Tu le vois, c'est lui le vainqueur. » Puis il a ajouté : « Je voulais tuer ton mari ... mais c'est toi que le tue... ! Il n'est pas mort, il ressuscitera... » Voyant que mon frère n'était pas dans son état normal, je suis sortie prévenir la

---

(*) Extraits de MM. R. Carriat, H. Ollivier et G. Bobis : « Réaction parricide chez un schizophrène » (*A.M.P.*, 1956).

police. Lorsque je suis retournée à la maison, un moment plus tard, il gesticulait et disait : « Je suis envoyé de Dieu, vous devez m'écouter ! » Il a bousculé une voisine, a giflé mon père et moi-même. Nous nous sommes mis à plusieurs personnes pour le maîtriser, mais nous n'avons pu y parvenir. Il s'est échappé et a frappé à nouveau les voisins, puis s'est rendu au premier étage, chez le propriétaire de la maison, et lui a également porté des coups. Il a été examiné par un médecin qui a conclu à son internement d'urgence.

Le certificat de vingt-quatre heures venait confirmer et compléter les termes du certificat d'admission : « Syndrome d'excitation maniaco-dépressive, délire confusionnel avec obnubilation de la conscience, idées de persécution, mysticisme, hallucinations psycho-motrices de caractère impératif, idées de meurtre et préoccupations d'ordre mystique. » Les quelques documents laissés par le malade illustraient déjà la désagrégation subie dès cette époque par sa personnalité et illustraient son comportement : « Le mal de l'esprit ou le superstitcisme. C'est un mal que connaissent vraiment trop de cerveaux, un idéal que les humains réclament de toute leur force, de toutes leurs forces spirituelles. »

A l'examen électro-encéphalographique, il n'existait aucune anomalie paroxystique ou focalisée.

Trois séances d'électrochocs sont pratiquées et le malade quitte peu de temps après, apparemment très amélioré, l'hôpital psychiatrique.

En août 1948, le comportement de M... Louis nécessite à nouveau son internement à la suite de menaces réitérées à l'égard de son père, de violences exercées sur sa mère, et d'une fugue avec emport d'un pistolet. Après un internement de cinq mois, il ressort en décembre 1961.

Le 1er mars 1954, il est à nouveau interné à la suite du meurtre de son père, que nous venons de relater, et ce meurtre n'est pas autre chose que l'aboutissement du syndrome délirant qu'il présentait depuis 1948. Interrogé sur les raisons de son acte, il a notamment déclaré : « Ces temps-ci, j'ai eu des moments de tourment. Je suis obsédé par la question de Dieu. Mon père ne m'inculque pas des principes religieux, mais des principes athées. En découvrant plus tard les principes religieux qui disent que Dieu existe, ça m'a travaillé ... Il me semblait qu'une force supérieure me commandait de tuer. J'ai voulu tuer mon père à un moment donné. L'idée qui m'était d'abord passée par la tête, c'était de le prendre et de le jeter par la fenêtre.

« Aux voisins, je voulais donner une preuve ; eux, ils me disaient que l'âme est immortelle et, par conséquent, le fait de tuer, ce n'est rien puisqu'ils ne meurent pas ... ce que j'ai fait, on m'a dit de le faire. Mon père me l'a demandé. L'ordre m'a été donné maintes fois par mon père de le tuer. Bien que mon père soit très âgé, il se rendait compte que cela n'allait pas dans cette maison. Il fallait que je nettoie tout. C'est le seul moyen qu'il fallait lorsque je suis arrivé à cette solution ... Tout a une influence sur tous. Tout le monde est influencé ... La mort de mon père est une chose normale

avec le sens de la vie. Il m'a dit : " Surtout, ne manque pas la carotide En principe, le fils doit boire le sang de son père. " J'en ai bu une goutte. C'est un sang fort ! Mon père avait tout préparé pour que mes actes soient accomplis. Mon père m'a demandé de le tuer selon les rites : on doit être saigné au cou. Les rites ordonnent aussi de couper les organes génitaux : c'étaient ses paroles à lui. J'ai bu son sang parce que cela faisait aussi partie des rites. J'ai tué un être qui avait été mon père, mais qui ne l'était plus. Il était fou. Il ne savait plus ce qu'il faisait et il fallait que son fils le remplace. On peut considérer que les vieillards ne sont plus utiles. »

.. ..

Ce cas nous semble poser des problèmes particuliers :

En effet, si de 1948, début de la psychose, à 1954, année du meurtre, le malade semble avoir été, d'après la description clinique, un authentique schizophrène paranoïde, il nous apparaît que le parricide a été accompli, puis vécu ensuite d'une façon qui diffère du comportement de nos autres malades.

Cependant, il ne semble pas que l'on puisse ici, comme nous le faisions dans l'observation n° 2, mettre en doute le diagnostic, d'autant plus que nous ignorons l'évolution lointaine de ce malade.

Nous remarquons d'abord que le parricide fut ici efficace.

Par ailleurs, il est englobé dans un vaste délire mystique, certes incontestablement paranoïde, au début par la mouvance de ses thèmes, le flou et l'imprécision dans ses expressions, mais qui conserve après l'acte toute son actualité. Il semble même que le meurtre ait précisé ce que le malade ressentait probablement de façon confuse et qu'il exprime ensuite avec une puissance, un luxe de détails et une netteté telle qu'il nous semble lire les interprétations faites par Freud dans « Totem et tabou », puis dans « Moïse et le monothéisme ».

Il y développe notamment la thèse du meurtre et du remplacement du père par les fils, meurtre commémoré ensuite solennellement dans les cérémonies de repas totémique où l'animal totem déifié (figuration du père primitif assassiné) était rituellement sacrifié, puis mangé par les hommes de la tribu.

COMMENTAIRES

Il n'est malheureusement pas possible de dégager de ce nombre trop modeste de cas des conclusions ayant une valeur statistique.

On retrouve cependant dans nos huit observations, des traits communs qui doivent être soulignés et confrontés aux opinions généralement formulées en la matière.

- Le sexe du malade d'abord

En effet, nous avons été frappés par le fait que toutes les manifestations sérieuses d'agressivité dont nous avons eu connaissance étaient le fait de malades hommes. Il en est de même des deux schizophrènes décrits par A. OCHONISKY, ainsi que des trois parricides que nous relevons dans la statistique des soixante meurtriers établie par WILMANNS dans son article sur « Le meurtre dans la période prodromique de la schizophrénie ».

- Age

La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître que le parricide est un crime accompli par des schizophrènes jeunes, au début de la maladie, notamment dans la période dite médico-légale de la schizophrénie. Cette opinion n'est pas infirmée par nos observations, à condition qu'on admette de classer dans les jeunes ceux qui ont atteint l'âge moyen de la vie. La moyenne d'âge de

nos malades au moment du drame est de 27,5. Les plus jeunes ont vingt et un (*obs. n*os *2* et *7*) et vingt-trois ans (*obs. n*° *6*); les plus âgés, trente-six (*obs. n*os *1* et *3*) et trente-deux ans. De fait, en parcourant toutes les observations de schizophrènes parricides dont nous avons pu avoir connaissance, nous n'avons trouvé aucun cas de plus de quarante ans. L'intervalle séparant le parricide des premiers symptômes de la psychose est en général court puisqu'il est inférieur à trois ans dans la moitié de nos cas (*obs. n*os *2, 4, 6* et *7*) et au maximum de neuf ans (*obs. n*° *1*).

Il semble s'agir là, d'ailleurs, d'une simple constatation statistique, faisant partie d'une règle plus générale, à savoir que les manifestations les plus bruyantes de la schizophrénie s'observent habituellement dans les premières années de la maladie. Les impulsions agressives contre les parents peuvent cependant s'exprimer à un âge plus avancé de la vie. Au cours des deux années 1966 et 1967, trois de nos malades traités au moins depuis deux décennies, ayant entre trente-huit et quarante-trois ans, ont été réhospitalisés dans le service à cause de leur violence à l'égard de leur mère. Rien ne permet d'affirmer qu'en raison de l'âge de leur fils, ces vieilles personnes étaient radicalement à l'abri d'un coup fatal.

En règle, cependant, passées quelques années, la dissociation de la personnalité, l'autisme, une attitude progressive de renoncement fataliste érodent et désagrègent la vie relationnelle des schizophrènes et leurs impulsions agressives au même titre que leurs autres modes d'expression délirante. Dans les trois cas évoqués, les violences exercées étaient d'ailleurs seulement ébauchées, sans que la pulsion parricide apparaisse nettement : leur exemple n'était pas suffisamment éloquent pour être retenu dans ce travail.

• Parricide et tendances habituelles à la délinquance

Sur nos huit observations, un malade (*obs. n*° *3*) a présenté, au début de la maladie, une période médico-légale qui l'a d'ailleurs conduit à quatre reprises en prison avant qu'il ait à connaître l'internement. Seul son dernier délit (port illégal d'uniforme et de décorations) avait dans son contexte un caractère déjà nettement pathologique.

On ne trouve aucune manifestation caractérisée de délinquance chez les sept autres. Le *cas n° 1*, chez qui l'on note des liaisons homo-sexuelles, un caractère habituellement difficile et une instabilité professionnelle, n'a toutefois jamais eu affaire à la police. A part l'*observation n° 8* décrit comme facilement emporté, les cinq autres semblent avoir eu un comportement habituellement doux, lointain, taciturne, émaillé parfois (*obs. n°s 6* et *7*) de manifestations impulsives.

Nous n'avons pas trouvé davantage d'antécédents de délinquance chez les deux schizophrènes décrits dans l'étude de Mme Ochonisky sur les parricides, ni dans les trois observations qui, dans la thèse de Mlle Cullère, semblent correspondre à des déments précoces.

En définitive, la proportion de sujets ayant eu des antécédents caractérisés de délinquance ou une période médico-légale au début de la maladie n'apparaît pas plus élevée chez les schizophrènes parricides que dans l'ensemble des schizophrènes. (Elle est de 4 sur 26 dans la thèse d'A.M. Martel, proportion voisine de celle des statistiques de H. Ey.)

Cette constatation va dans le même sens que celle que nous notions dans notre historique : l'absence d'exemples de parricides dans les observations publiées d'héboïdophrènes.

Il semble en fait que la réaction parricide ait une signification différente et mérite une étude à part par rapport aux autres actes médico-légaux des schizophrènes et notamment parmi eux aux autres homicides. C'est d'ailleurs cette considération qui nous a conduit à limiter le sens que donne le code pénal au parricide, en ne retenant dans notre travail que le meurtre ou la tentative de meurtre du père ou de la mère.

• Les victimes

Une des premières remarques qui s'impose à l'examen des parents, c'est le caractère inhabituel des configurations familiales de la plupart de nos malades ; en second lieu, on doit noter que, sur nos huit cas, la victime est aussi souvent le père que la mère ; enfin, dans les cas où il nous a été possible de connaître les parents,

ceux-ci nous ont paru avoir une personnalité et un mode de relation très particuliers avec leur fils, même en comparaison aux traits de caractère communément reconnus aux parents de schizophrènes en général.

« Les configurations familiales les plus inaccoutumées », écrivaient DELAY, DENIKER et GREEN dans « Le milieu familial des schizophrènes », « se rencontrent, avec souvent inversion des rôles entre les membres du groupe (père - mère le plus fréquemment) ou cumul des fonctions par un des membres par absence d'une des figures principales (décès - séparation). Il faut relever la particulière importance de l'annihilation du rôle paternel par la mère. »

Bien que récente, il s'agit d'une donnée maintenant classique.

Dans la thèse d'Anne-Marie MARTEL, sur vingt-six schizophrènes dont on a pu connaître les conditions « d'élevage », on constate que le père manque dans douze cas (décès, séparation, mère célibataire) et la mère dans cinq cas. Dans d'autres observations, enfin on note des placements successifs en nourrice ou en collectivité et on retrouve chez les parents les traits de caractère habituellement décrits.

Dans nos huit observations, le malade a encore son père et sa mère dans trois cas (*obs. n*os *1, 2* et *5*) et peut-être dans un quatrième (*obs. n*° *8* où il est fait mention de la mère deux ans avant le crime); dans un cas (*obs. n*° *4*), le père est remarié à une belle-mère ; dans deux cas (*obs. n*os *6* et *7*), la mère est remariée à un beau-père, et dans l'*observation n*° *3,* elle est célibataire.

On admet assez communément que la mère du schizophrène est, dans la règle, plus souvent la victime du parricide que le père. C'est notamment ce que suggère A. OCHONISKY.

Dans nos observations, la victime est le père dans trois cas (*obs. n*os *2, 4* et *8*), la mère dans trois autres (*obs. n*os *3, 5* et *6*) et les deux parents dans les deux derniers (*obs. n*os *1* et *7*). Dans les deux observations de parricides schizophrènes de Mme OCHONISKY, la victime est d'ailleurs une fois le père, l'autre fois la mère. Le beau-père et la belle-mère semblent par contre moins directement visés par le malade, comme s'ils n'étaient pas concernés ou responsables de son « tourment » (seule l'*observation n*° *7* nous

montre un exemple d'agression contre le beau-père, mais après qu'il se soit interposé entre le malade et sa mère blessée. Cette constatation ne prouve d'ailleurs pas nécessairement que les motivations profondes soient très différentes).

- La dépendance économique

Enfin nous avons remarqué un autre ordre de faits. Aucun de nos huit malades n'a fondé de foyer. Ils ne sont ni mariés, ni pères de famille. Dans un seul cas (*obs. n° 2*), le malade était fiancé lors de sa tentative de parricide. Il a rompu de lui-même : « Ça faisait trop de complications », explique-t-il. Depuis sa sortie de l'hôpital, ce même malade s'est encore fiancé plusieurs fois, mais n'est jamais allé jusqu'au mariage.

Nos malades semblent donc avoir été tous incapables d'assumer des responsabilités familiales. Mais de plus, nous avons été frappés par leur extrême dépendance sur le plan matériel à l'égard de leurs parents.

En effet :

— Trois de nos cas seulement travaillaient au moment de l'acte parricide et, parmi eux, celui de l'*observation n° 7* de façon très épisodique.

— Cinq vivaient encore au domicile parental. Parmi les trois autres, il faut noter que V... (*obs. n° 1*) avait un studio indépendant, mais ne travaillait plus depuis cinq ans et vivait, à trente-sept ans, d'une allocation mensuelle versée par ses parents.

— Quant au malade M... (*obs. n° 8*) qui n'est pas un cas personnel, il n'est fait mention nulel part d'un domicile précis ni d'une profession.

— Le troisième malade : S. Robert (*obs. n° 3*), nous semble se présenter comme un cas à part. Il paraît, en effet, avoir mené précocement une vie indépendante, émancipé dès l'âge de dix-huit ans. Il revenait cependant chercher assez souvent de l'argent chez sa mère qui ignorait tout de ses activités. Il ne travaillait plus depuis 1961, date de sa première hospitalisation. Notons enfin que sa profession antérieure de navigateur-radio est très sujette à caution.

- Les manifestations antérieures de l'agressivité

Elles sont fréquentes, corollaires de l'extrême dépendance, tant affective que matérielle, et témoignent ainsi de l'ambivalence fondamentale du malade à l'égard des parents.

— V... (*obs. n° 1*) manifestait depuis le début de sa maladie une hostilité croissante à ses parents et les frappait avec une telle brutalité « pour les motifs les plus futiles », dira son père, qu'il avait déjà été hospitalisé en placement d'office pour cette raison neuf ans avant la tentative.

— L'*observation n° 3 :* S... Robert terrifiait sa mère et un certificat d'internement, datant d'avril 1965, soit deux ans avant le meurtre, énonce : « Echange de coups avec sa mère qui précise qu'il veut la tuer. »

— J.-B. L... (*obs. n° 5*) avait exprimé un an avant, « qu'il avait eu l'idée de tuer sa mère, de tuer quelqu'un, car si il ne tuait personne, on le tuerait ».

— Enfin, dans notre huitième observation où le meurtre du père a eu lieu en mars 1954, on note dans les certificats antérieurs des « réactions dangereuses » en avril 1948 et des « menaces à l'égard du père et violences sur la mère, fugue et emport d'un revolver » en août 1949.

— Dans nos quatre autres cas, l'agressivité a été moins nettement exprimée. Cependant D... (*obs. n° 2*) demandait à sa mère de le protéger « parce qu'il avait envie de faire du mal ». Quant à C... (*obs. n° 4*), il s'est borné lors de son retour du service militaire, à reprocher à son père le manque de soins à sa mère malade et son ectopie testiculaire dont il le rendait responsable, mais ceci sur un ton froid et sans passion apparente.

— Le malade de notre sixième observation avait acheté auparavant deux revolvers « pour la sûreté », dira-t-il sans plus. Quant au jeune Roland A... (*obs. n° 7*), on relève dans ses antécédents une réaction violente au cours de laquelle il frappe son beau-père et s'enfuit après l'avoir traité d'imbécile. Ceci motivé par une plaisanterie banale qui l'avait « agacé ».

ETUDE SEMEIOLOGIQUE

C'est à la période de l'autonomisation, comme le disent DELAY et GREEN, qu'apparaissent les expériences délirantes du début de la schizophrénie.

La faillite de la personnification se traduit alors par l'expérience d'une apocalypse. Le vécu de désintégration du moi et du monde s'accompagne de la libération d'une angoisse considérable. Celle-ci est plus ou moins bruyante, puisque même les moyens d'expression ont plus ou moins perdu leur usage de mode de relation. La discordance, si bien décrite par FOLLIN, est l'expression de cette dramatique remise en cause de valeurs sur lesquelles tout reposait hier et qui sont aujourd'hui déréalisées.

La lutte contre l'anxiété se fait suivant les mécanismes habituels, mais de façon anarchique, désordonnée, quasiment « monstrueuse », un peu, si l'on veut, comme il en est des métabolismes dans une cellule cancéreuse. Les décharges motrices, le détachement, le rationnalisme, les soudaines illuminations délirantes, le colmatage obsessionnel, les quêtes affectives régressives sont autant de défenses caricaturales et abortives visant à liquider ou à réduire une anxiété qui paraît sans cesse renouvelée par les sollicitations du monde sur le moi dissocié.

Le parricide, chez le schizophrène, apparaît comme l'un de ces moyens de défense, et il en a tous les caractères. Il existe chez tous nos malades, dans la période qui a précédé l'agression parricide, une recrudescence plus ou moins perceptible de l'angoisse de dépersonnalisation ou de déréalisation. L'acte parricide apparaît toujours comme une tentative de lutte contre cette angoisse ; à la

fois impulsif et délirant, il est brouillon, désordonné et souvent inefficace. L'incapacité où est le schizophrène de structurer un délire fait qu'il sera ultérieurement désactualisé et comme étranger à son auteur.

Ce qu'on appelle parfois un « épisode fécond » de la schizophrénie est noté chez tous ceux de nos malades pour lesquels on possède une relation de leur état dans les jours qui ont précédé le drame. V... (*obs. n° 1*) est revenu s'imposer à ses parents, presque de force, quarante-huit heures plus tôt ; il restera pendant ces deux jours « cloîtré dans une chambre dont il ne veut « pas sortir, tenant des propos elliptiques et menaçants ». Quand D... (*obs. n° 2*) tente d'étrangler son père, il est depuis dix jours, d'après sa mère, en proie à des hallucinations auditives presque permanentes, il a l'impression qu'il va mourir, il gémit, appelle sa mère pour le protéger. Parfois les derniers instants qui précèdent le passage à l'acte sont marqués par une sorte de recueillement, ou de calme qu'apporte la décision prise. C'est après être rentré « plus énervé que d'habitude », après avoir au cours du repas regardé « sournoisement » ses parents sans rien dire de particulier, puis être remonté dans sa chambre, que Roland (*obs. n° 7*) redescend pour un prétexte banal, et fait des adieux affectueux à sa mère. L... (*obs. n° 5*) avait passé une nuit très agitée, s'était levé vers 4 heures, « promené au hasard dans la campagne sans savoir ce qu'il faisait » ; il rentre chez lui vers 10 heures du matin, « il était très calme, parla à sa mère, mangea des cerises aigres, but un verre de vin, puis tout à coup lui dit qu'il fallait qu'il la tuât ».

Les mobiles du parricide sont énigmatiques. Emanant d'une pensée paranoïde et autistique, ils sont peu communicables. Ils paraissent parfois manquer, comme dans les *observations n°s 1* et *4* où le meurtre semble réduit à une impulsion quasi mécanique, décharge clastique d'une angoisse ayant dépassé le seuil de tolérance. Toutefois, si l'anxiété joue sûrement un grand rôle dans le passage à l'acte, celui-ci n'en a pas moins la signification, même dans les parricides les plus purement impulsifs, d'une solution délirante.

Il semble exister, de façon constante, chez le malade, l'intuition de dépendre des parents d'une façon pathologique et l'illusion déli-

rante qu'il ne pourra sortir de sa souffrance, vivre, ou parvenir à son accomplissement, sans se résoudre au parricide. « Ma famille était désorientante, je n'ai jamais pu totalement m'émanciper, ils balisaient mon chemin. » (*Obs. n° 1.*) « Mon père porte la responsabilité de ma faiblesse. » (*Obs. n° 4.*)

Le droit « d'être » ne se pourrait trouver que par l'anéantissement de l'Autre. A défaut, il reste « ne pas être », et le suicide semblerait alors être le corollaire logique de la tentative manquée. Nous l'avons personnellement observé dans un cas : le malade de l'*observation n° 1* s'est pendu peu de temps après. Nos deux autres malades qui ont échoué n'ont pas extériorisé d'idées de suicide, il semble en avoir été de même des trois cas retrouvés dans la littérature.

Dans la plupart des cas cependant, se retrouve cette alternative tragique que formule D... (*obs. n° 2*) : « C'est comme si il avait dû mourir pour que je puisse vivre », et qui dépasse singulièrement la motivation apparemment œdipienne de son acte. Et L... (*obs. n° 5*) : « Il avait eu l'idée de tuer quelqu'un, de tuer sa mère, pensant que si il ne tuait personne, on le tuerait. »

A. Ochonisky observe d'ailleurs le même fait dans son travail sur « Le parricide », où elle étudie ce meurtre dans les diverses catégories nosographiques. Elle le rapporte au caractère archaïque, prégénital des rapports que le parricide entretient avec ses objets. Compte tenu des travaux maintenant classiques des psychanalystes sur la faillite des premières relations objectales dans la genèse de la schizophrénie, il nous paraît donc tout à fait « naturel » que la plupart de nos malades aient exprimé cette alternative avec tant de vigueur et de netteté.

Le rationnalisme morbide permet au malade de justifier un acte qui souvent lui répugne : « J'ai tué un être qui avait été mon père mais qui ne l'était plus. Il était fou. Il ne savait plus ce qu'il faisait et il fallait que quelqu'un le remplace. On peut considérer que les vieillards ne sont plus utiles. » (*Obs. n° 8.*)

D'ailleurs, la mort existe-t-elle vraiment ? : « Assassin, dit le père, tu es en train de tuer ton père et ta mère ! — Ce n'est rien mon petit papa chéri ! » (*Obs. n° 7.*)

N'y a-t-il pas la vie éternelle ? : « En découvrant les principes religieux ... ça m'a travaillé ... Aux voisins, je voulais donner une preuve : eux disaient que l'âme est immortelle et, par conséquent, le fait de tuer, ce n'est rien puisqu'ils ne meurent pas. » (*Obs. n° 8.*)

Ne faut-il pas d'autre part, par le plus tabou des actes, démontrer, dans cette atmosphère d'apocalypse, que plus rien n'existe et qu'on a le moyen, grâce à cette preuve par l'absurde, de conjurer l'angoisse ? « Il a eu l'idée de tuer sa mère, de tuer quelqu'un pour ne pas mourir, pensant que s'il ne tuait personne, on le tuerait. » (*Obs. n° 5.*)

Les préoccupations métaphysiques sont naturellement retrouvées très souvent, dans le fugitif espoir de reconstruire un univers en s'adressant à un principe supérieur : « Tu es Satan », s'écrie D... (*obs. n° 2*) en étranglant son père.

« Je suis obsédé par la question de Dieu, mon père ne m'inculque pas des principes religieux, mais des principes athées ; en découvrant plus tard les principes religieux qui disent que Dieu existe, ça m'a travaillé ... J'ai eu l'idée de tuer mon père à un moment donné. » (*Obs. n° 8.*)

« Pendant que la mère de L... lui reprochait de chercher à la tuer, et au moment où les voisins arrivèrent, il disait que sa mère le trompait comme tout le monde en voulant lui faire croire qu'il y avait un Dieu, qu'elle était la cause de sa souffrance, qu'il fallait que cela finisse. » (*Obs. n° 3.*)

La dissociation psychique du malade et les sentiments contradictoires qui l'animent, son besoin impulsif d'en finir, sa perplexité vis-à-vis de ses idées délirantes, son ambivalence affective à l'égard de la victime impriment à l'acte parricide du schizophrène une physionomie particulière. Loin d'être froidement exécuté, il est dans les six observations pour lesquelles on a pu avoir une relation des faits, caractérisé par une apparente soudaineté désordonnée, sa sauvagerie hésitante et souvent tendre, sa brièveté, sa relative inefficacité.

Bien souvent l'impulsivité domine et la rapidité des événements ne se prête guère à l'analyse : D... (*obs. n° 2*) étrangle soudain son

père en l'appelant Satan ; C... (*obs. n° 4*) roue de coups le sien qu'il a rencontré dans la rue ou trouvé endormi dans son lit ; R..., qui accompagnait sa mère au marché, tire sur elle en pleine rue plusieurs coups de revolver et prend la fuite ; V... (*obs. n° 1*) casse la vaisselle, puis saisit un dessus de radiateur en marbre, le soulève au-dessus de la tête de ses parents qui s'écartent rapidement pour l'éviter, le laisse retomber à terre ; son père essaie de l'arrêter, il le roue de coups, puis se jette sur sa mère et tente de l'étrangler.

On devine mieux la présence sous-jacente du délire schizophrénique dans les deux descriptions suivantes : « L... (*obs. n° 5*) était très calme, il parla à sa mère, mangea des cerises aigres, but un verre de vin, puis tout à coup lui dit qu'il fallait qu'il la tuât. Il se jeta sur elle, la terrassa et lui donna dans le ventre un coup de couteau. Sa mère se releva, voulut lui enlever ce couteau qui se cassa dans sa main, ce qui lui fit une légère incision au pouce et à l'indicateur. Il prit un autre couteau, et comme elle venait de sortir dans la cour, il courut après elle, mit même le loquet à la porte pour qu'on ne put l'ouvrir du dehors et lui donna un nouveau coup de couteau à la partie antérieure et inférieure du cou : ce coup est sans gravité, tandis que le premier intéressait entièrement les parois abdominales et que, par cette incision, une partie des intestins faisait saillie au dehors. Quand les voisins accoururent aux cris de la mère, il leur ouvrit lui-même la porte, et resta devant eux tout à fait calme, comme s'il venait de commettre un acte très juste et sans gravité. »

Roland A... (*obs. n° 7*) pose sa lampe, « puis se tournant vers la mère, dit gentiment : " Au revoir, petite maman chérie ", et commence aussitôt à lui porter des coups de couteau. M. A... essaie de gagner la porte pour appeler au secours. Roland le rejoint et le frappe également de son couteau. " Assassin, dit le père, tu es en train de tuer ton père et ta mère. — Ce n'est rien mon petit papa chéri ", et il continuer de frapper à coups de couteau. Le père arrive à le désarmer. Roland le pousse alors sur le lit et le frappe à coups de tisonnier, puis retournant dans la chambre, porte plusieurs coups de tisonnier à sa mère affalée par terre. Les voisins arrivent à ce

moment. Roland revient alors dans la pièce où se trouve son père, lui lance au passage une bouteille et s'enfuit par la fenêtre. Roland fut pris sans résistance par les agents. Les parents avaient reçu de nombreuses blessures (le père, quinze coups de couteau). »

Sur nos huit observations d'impulsion parricide caractérisée, les victimes n'ont été tuées que dans deux cas (*obs.* n^{os} *3* et *8*), malgré la violence de la plupart des agressions. Encore convient-il de rappeler les réserves nosologiques que nous ont suggérées ces deux observations.

On dit souvent que le schizophrène n'a pas d'histoire. Ces faits accomplis, plus rien ou presque ne semble habituellement rester des motivations qui, l'instant d'avant, avaient été assez impérieuses pour pousser le malade à son acte. Les manifestations extérieures de l'angoisse sont passagèrement apaisées ; déshabité de sa signification magique, le parricide retombe au rang des perceptions formelles d'un monde de toutes façons déréalisé. Mises à part les *observations* n^{o} *3,* où il est dépassé dans un vaste délire imaginatif, et n^{o} *8,* où il conserve toute la puissance de sa valeur symbolique, il n'est pas évoqué spontanément par le malade qui n'en parlera d'ailleurs qu'au passé, sur un mode vague et spéculatif comme d'un événement qui n'a plus d'actualité.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les traits qui viennent d'apparaître dans la séméiologie différencient ces parricides de ceux des malades appartenant à d'autres catégories nosologiques, notamment les parricides commis au cours d'états délirants et les parricides impulsifs tels qu'on en voit chez les épileptiques.

Dans les délires passionnels, la question du diagnostic différentiel ne se pose pratiquement jamais, d'autant plus que les meurtres touchent dans ce cas pratiquement toujours les conjoints. Il s'agit d'un acte souvent efficace, en continuité rigoureuse avec le délire du malade. Enfin, par la suite, celui-ci en fournira toujours les mêmes justifications rigoureuses et inébranlables.

L'acte meurtrier est également logique par rapport au délire actuel dans les mélancolies délirantes, tout au moins durant le temps de l'accès. Remarquons qu'ici les victimes sont le plus souvent les enfants du malade, mais un mélancolique vivant avec ses parents peut de la même façon tenter de les entraîner avec lui dans la mort. Cependant, après sédation de l'épisode dépressif, le meurtre restera toujours douloureusement « actuel » pour le malade et sera source de culpabilité et de remords incessants.

Prêtent davantage à discussion les bouffées délirantes, qui correspondent aux « schizophrénies aiguës » des Américains, et les délires paraphréniques dont on sait que les frontières avec les schizophrénies sont souvent difficiles à délimiter.

On peut, en effet, admettre au cours de l'expérience délirante d'une psychose aiguë oniroïde, la possibilité d'impulsions parri-

cides. Dans cette éventualité, il est difficile de différencier le mécanisme de ce parricide de ceux qu'on a pu observer dans des moments féconds de schizophrénie, de la même façon d'ailleurs qu'il n'existe aucun critère absolu permettant d'affirmer qu'une bouffée délirante n'évoluera pas ultérieurement en schizophrénie.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de parricide accompli par un paraphrène. Il est vraisemblable que le sentiment d'élation qu'éprouve le malade après avoir basculé dans le fantastique « cette mythologie chaotique qui se superpose à la réalité » est tel, que le recours à une acte de ce genre devient superflu.

Par contre, on peut se demander si, dans l'*observation n° 3*, le meurtre de la mère n'a pas joué un rôle dans l'évolution de ce qui semblait être une schizophrénie et si la cristallisation en un vaste délire de type paraphrénique, immédiatement constitué, n'a pas été la seule solution existentielle permettant au malade d'assumer son acte.

En dehors de ces parricides délirants, seuls les parricides impulsifs, tels que peuvent en commettre les épileptiques, pourraient prêter à discussion avec certains des exemples que nous avons vus (*obs. n° 4* notamment).

Mais dans aucune de nos observations, aussi déréalisé que soit ultérieurement l'acte commis, on ne peut parler d'amnésie véritable. Enfin, comme nous l'avons vu, aussi impulsif que soit ce parricide, il s'intègre toujours dans une perception délirante de sa relation avec la victime.

TENTATIVE D'INTERPRETATION

Dans plusieurs observations, qu'il s'agisse du meurtre du père ou de la mère, on est porté à voir une résurgence soudaine du conflit œdipien. Cette interprétation nous paraît difficilement contestable dans l'*observation n° 2* où le malade tente d'étrangler son père après avoir demandé de façon très insolite à sa mère d'avoir avec lui des rapports sexuels, puis entendu la voix hallucinée de sa grand-mère lui expliquer qu'ils font un ménage à trois, « qu'il y a un homme de trop dans la maison », qu'il n'arrivera à l'accomplissement de lui-même que par la suppression du père.

Dans l'*observation n° 6* où la victime est la mère (son mari est un beau-père), le malade a le plus grand mal à expliquer son geste. Cependant à travers la description des faits semble apparaître la solution désespérée d'une crise de jalousie possessive œdipienne : « J'ai tiré sur maman ... elle ne pouvait plus me voir, elle ne pouvait plus me sentir, elle m'envoyait promener, il y avait toujours des discussions. J'étais malheureux : au lieu de coucher dans ma chambre, je couchais dans la cuisine ; j'aimais mieux coucher en bas pour éviter d'être à côté de mes parents... »

Les motivations des incompréhensibles accès de rage destructrice qui, sous l'influence de l'ivresse, précipitent M. C... (*obs. n° 4*) contre son père, ne sont pas aussi évidentes. On est cependant frappé par les circonstances qui ont précédé et accompagné l'apparition des troubles. A dix-neuf ans et demi, l'adolescent, apparemment normal, part pour le service militaire, inquiet, laissant une mère qui présentait depuis peu des signes de « dérangement mental », après des discussions avec son père qui se refusait à la faire soi-

gner. C'est à son retour que sont apparus les premiers troubles. Sa mère était morte entre temps et son père s'est rapidement remarié avec une jeune femme. Les seuls reproches qu M. C... lui a jamais adressés, de façon d'ailleurs très froide, ont été qu'il ait laissé la mère sans soins et qu'il était responsable de son manque de virilité.

Reprenons l'*observation n° 8* dont nous avons déjà, dans le commentaire, évoqué certaines analogies saisissantes avec les développements de Freud sur l'assassinat du père primitif par ses fils, puis le cérémonial du repas totémique dans lequel se fait jour l'ambivalence des participants redevenus symboliquement destructeurs, d'un père dangereux et haï, mais tout puissant et déifié, ces mêmes participants s'incorporant par le phénomène de l'ingestion, cette puissance.

L... M..., notre malade, tue un père vécu comme vieilli et déchu, mais resté si redoutable que le malade abrite sa responsabilité derrière les « ordres » du père comme si, de ce fait, le sacrilège suprême que constitue ce crime n'existait plus et que le malade buvant, selon les rites, une goutte du sang paternel — et dira-t-il, c'était « un sang fort » —, s'appropriait cette toute puissance presque divine en se désaliénant lui-même.

Freud relie directement ce parricide « originel » au complexe d'Œdipe, les fils tuant le père pour s'approprier les femmes de la horde dont celui-ci s'était réservé l'usage exclusif. Très rapidement cependant, cet aspect primitif de compétition sexuelle se trouve camouflé, tout en restant cependant accessible à l'analyse, par toute une superstructure d'élaboration mythique et religieuse. Dans le cas de notre malade, nous retrouvons cependant une résurgence de cette motivation primitive dans l'essai de castration qu'il pratique sur le cadavre de son père.

Cependant, le complexe d'Œdipe, s'il permet d'accéder à certaines des motivations, n'explique en rien le mécanisme du passage à l'acte. Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant de rechercher si, parmi les victimes de l'agression, se retrouvaient des traits de caractère particuliers pouvant nous éclairer sur cet aspect du problème. La difficulté majeure réside dans le fait que nous

ne connaissons personnellement que trois familles. Quant à notre quatrième observation, S... Robert, où le meurtre fut réussi, nous ne savons rien sur la victime, sinon ce que les voisins en ont dit ; elle apparaît alors comme fabulatrice et mythomane, ainsi que nous avons pu le supposer à la lecture de deux lettres d'elle retrouvées au dossier. Elle nous a semblé également fruste et totalement « dépassée » par la maladie de son fils. Celui-ci paraît l'avoir terrifiée, mais elle n'a jamais osé ne pas l'accueillir chez elle lorsqu'il se présentait.

Dans les quatre observations retrouvées dans la littérature, la personnalité des parents est totalement passée sous silence, à l'exception de l'*observation n° 5* où les parents sont décrits comme « concentrés, bizarres », « la mère de faible santé et souvent malade ».

Nous avons été d'abord frappé par l'extrême tolérance des familles à la maladie de leur fils, ce qui est d'ailleurs d'observation courante dans les familles de schizophrènes et n'a rien de particulier à nos cas.

Un fait nous a davantage retenu dans les trois familles qu'il nous a été donné d'étudier (*obs. n°s 1, 2* et *4*). C'est la personnalité du père qui apparaît falot, inconsistant, même si, comme dans l'un des cas, il tente de se protéger par une « carapace obsessionnelle ». Nos malades les jugent d'ailleurs ainsi et les décrivent sans indulgence.

— En effet, le père de D... (*obs. n° 2*) est un homme timoré, diminué par une grave infirmité oculaire, toujours affolé et inquiet, catalogué lapidairement par son fils comme « un froussard et un miteux ».

— Le père de V... (*obs. n° 1*) donne l'impression d'un homme fragile et vulnérable, mal protégé par les défenses de type obsessionnel avec, semble-t-il, durant l'enfance du malade une grande tendresse pour celui-ci rapidement remplacée par un rejet dû à la peur grandissante qui lui inspiraient « les mauvais instincts » de son fils.

— Notre quatrième malade, C... Maurice, a un père physiquement robuste, dans la force de l'âge. Celui-ci pleure et bredouille

en parlant de son fils. Il se réfugie chez les voisins pour lui échapper. S'il n'y parvient pas, il se laisse passivement maltraiter sans jamais essayer de s'opposer ou de maîtriser son fils.

— De son épouse, nous savons peu de choses, sinon qu'elle était malade mentale, hallucinée durant deux ans avant sa mort survenue alors que Maurice C... était au service militaire.

— Par contre, les mères de nos deux autres sujets apparaissent comme des « femmes fortes », mélange de froideur, d'inaffectivité et de surprotection étouffante ; régentant la vie de leur fils qui accepte cet état de choses avec une apparente passivité comme D. (*obs. n° 2*) ou avec une révolte grandissante comme V... (*obs. n° 1*).

Nous savons combien cette inversion des rôles parentaux est fréquente dans les familles de schizophrènes, mais ce qui nous a davantage frappé ici, c'est le comportement assez particulier du père qui craint véritablement son fils et semble en fait en avoir toujours eu peur depuis que celui-ci a été en âge de se poser en rival. Tout semble se passer comme si le père entrait dans le jeu de l'Œdipe de l'enfant, non en position forte, mais comme un protagoniste vaincu d'avance, acceptant l'agressivité de son fils avec passivité et permettant par son comportement même le passage à l'acte.

Cette hypothèse ne tente, en effet, d'expliquer que ce passage à l'acte, étant bien entendu que la genèse de la maladie mentale proprement dite n'est pas là. Cependant, il est probable que chez ces malades, dont A. Green dit que « l'accent paraît devoir être mis sur l'importance des difficultés des processus d'identification au cours du développement et de l'histoire », difficultés liées en grande partie à la structure familiale, ce type de personnalité paternelle paraît devoir faciliter grandement l'impulsion meurtrière. En effet, la panique du père, tout à la fois accentue la faillite identificatoire du fils à un modèle « inacceptable » et semble lui ouvrir la voie à la réalisation de l'inceste œdipien.

Bien entendu, il ne s'agit pas là d'une conclusion définitive, mais de la simple réflexion que nous suggère l'observation de ces trois cas.

LE PROBLEME DE L'AVENIR

Il paraît se poser avec acuité. En effet, nous avons vu que, dans la plupart des cas, le parricide ou sa tentative avait été précédée par des manifestations d'agressivité, soit simplement verbale, soit déjà en actes. Il semble donc indispensable d'aborder à la fin de cette étude la question de la dangerosité de ces malades à l'égard de leurs parents après une tentative manquée.

En effet, on a pu constater que V... (*obs. n° 1*) s'était jeté sur ses parents juste avant son suicide, lors d'une de leurs visites à l'hôpital, à l'occasion d'un désaccord mineur. Quant à C... (*obs. n° 4*), il continue de se ruer sur son père de façon impulsive à la moindre ivresse.

Les autres cas semblent avoir évolué assez rapidement vers une indifférence apparente, un repli autistique qui rendent moins probable un tel geste, comme nous l'avions constaté précédemment ; mais en fait, on ne peut jamais assurer que les parents de tels malades soient à l'abri d'une émergence pulsionnelle brutale et imprévisible.

Il paraît donc nécessaire d'être extrêmement prudent en ce qui concerne la réinsertion familiale de ces malades et il semble plus sûr, lorsqu'ils sortent de l'hôpital, d'éviter de les faire habiter à nouveau dans leur famille. Si finalement on s'y résout, il faudra être tout particulièrement vigilant, tant dans la surveillance en post-cure que dans la prescription des traitements.

CONCLUSION

Nous avons étudié quelques cas de parricide ou d'agressivité parricide sérieuse chez des schizophrènes. Nous avons d'autre part confronté nos observations personnelles avec celles des auteurs de langue française dont nous avons pu avoir connaissance.

La tendance aux impulsions meurtrières dirigées contre le père ou la mère se rencontre chez beaucoup de ces malades. Elle est favorisée par la libération de fantasmes archaïques dans les états de dissociation de la personnalité, par l'épine irritative que constitue cette promiscuité morbide qui unit si souvent le malade à ses parents, par l'impulsivité discordante du schizophrène.

Cependant, contrairement à une opinion parfois exprimée, les schizophrènes semblent finalement occuper une place assez modeste parmi les auteurs de parricides réussis.

L'exécution du meurtre, souvent seulement ébauché, est presque toujours impulsive, désordonnée et mal ajustée, comme par un ultime effet de l'ambivalence du malade. (Dans un seul de nos cas personnels, il semble avoir été accompli de façon contrôlée et efficace ; il s'agit, en fait, d'un malade posant un problème diagnostique entre schizophrénie et paraphrénie.)

Le parricide est accompli dans le contexte d'une angoisse psychotique devenue intolérable, comme une nécessité pour liquider cette angoisse. Il est à la fois, en proportions variables, impulsif et délirant, tous les intermédiaires cliniques pouvant sans doute se voir entre la décharge impulsive, apparemment immotivée et à

peine consciente de l'hébéphréno-catatonique, et la solution magique, soudain entrevue, qui s'impose au délirant paranoïde.

Après le passage à l'acte meurtrier, que celui-ci ait été ou non accompli, l'entretien avec le malade n'objective plus qu'une espèce d'indifférence, d'incompréhension, voire d'oubli d'un geste vidé de son contenu et devenu comme étranger au malade. Lorsque celui-ci nie ou exprime une certaine culpabilité, cela semble toujours froid, superficiel et nous n'avons jamais constaté de véritable sentiment de responsabilité.

L'autisme, constamment retrouvé, les idées délirantes paranoïdes, les impulsions, donnent au parricide du schizophrène une physionomie clinique bien particulière qui le distingue des parricides rencontrés dans les autres entités morbides.

Il est, en effet, fondamentalement et de façon évidente, différent des meurtres commis par les épileptiques ou les débiles, quoique dans ces deux derniers cas la proportion de parricides soit importante.

Le problème est parfois plus complexe et, du déséquilibre à l'héboïdophrénie, tous les tableaux cliniques peuvent se voir et poser un problème.

Nous n'énumérerons pas dans ces conclusions les autres maladies mentales où la réaction parricide semble exceptionnelle.

L'étude de l'anamnèse, la connaissance des parents et de leurs interrelations avec le malade donnent le sentiment que les réactions parricides doivent être particulièrement redoutées chez certains.

Les tentatives graves semblent toujours être le cas de sujets jeunes et le risque paraît beaucoup moindre, passé quarante ans.

Presque tous les malades dont nous avons repris l'observation étaient connus avant les faits et presque tous avaient déjà exprimé ou manifesté leurs tendances parricides.

Aucun n'était pratiquement sous traitement neuroleptique, au moment des actes.

Nous avons enfin noté, à plusieurs reprises, certains traits particuliers dans la personnalité des victimes ; ce sont notamment chez la mère, l'inconséquence, avec alternances brutales de rejet et de

surprotection ; chez le père, la peur de son fils avec les répercussions que cela entraîne dans les relations familiales.

Ces cas posent le problème de mesures appropriées telles qu'une exigence particulière vis-à-vis des garanties que le traitement sera bien suivi, et la rupture des relations avec les parents, relations souvent si précieuses pour l'avenir et la réinsertion des autres schizophrènes.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
PICHOT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ANDEL (VAN) et GROSKAMP (H.). — Une tentative de parricide. (*A.M.P.*, 1887, 11, 484.)

ANTHÉAUME (A.) et MIGNOT (Roger). — La période médico-légale prodromique de la démence précoce. (*Encéphale*, 1907, 1, 126.)

ASSELIN. — Le parricide, étude de médecine légale. (*Thèse*, Bordeaux, 1901.)

BENOIT (J.C.). — Les schizophrénies. Données et discussions cliniques actuelles. (*Sem. Hôpit.*, 1965, 41, 2785.)

BLEULER (E.). — La schizophrénie. (*Rapport au Congrès de Genève*, Lausanne, Masson, 1926.)

BRISSET (Ch.). — Evolution des idées sur la schizophrénie. (*Rev. du Praticien*, 1965, 15, 3235.)

BRUNET (D.). — Rapport médico-légal sur le nommé L..., inculpé d'une tentative d'assassinat sur sa mère. (*A.M.P.*, 1869, 11, 17.)

CARRAZ (Y.C.). — L'héboïdophrénie. Etude clinique fondée sur quatre observations principales. (*Thèse*, Strasbourg, 1968.)

CARRIAT (R.). — Réaction parricide chez un schizophrène. (*A.M.P.*, 1956, 1, 252.)

CÉNAC (M.) et MARTIMOR (E.). — Deux cas de parricides. (*An. Méd. Lég.*, 1950, 99.)

CHAZAUD (J.). — Recherches sur l'héboïdophrénie. Une étude de la schizophrénie à symptomatologie dite « caractérielle prévalente ». (*Thèse*, Paris, 1961.)

CULLÈRE (E.). — Du parricide en pathologie mentale au point de vue nosologique. (*Thèse*, Paris, 1925.)

GUYOTAT (J.). — Les schizophrénies. (Ed. *Heures de France*, 1963, n° 108.)

HALBERSTADT. — La forme héboïdophrénique de la démence précoce. (*A.M.P.*, 1925, 11, 297.)

— La démence paranoïde. Etude nosologique. (*A.M.P.*, 1924, 11, 297.)

HOSPITAL. — Rapport médico-légal sur le nommé S..., inculpé de parricide. (*A.M.P.*, 1878, XIX, 359.)

KARPMAN (B.). — Fantasmes hébéphréniques, leurs relations avec deux tendances criminelles fondamentales : l'inceste et le parricide. (*Journal of Nerv. and Ment. Disease*, novembre 1944, pp. 480-506.)

LEMPÉRIÈRE (T.). — Etiologie et pathogénie de la schizophrénie. (*Rev. Prat.*, octobre 1965.)

MALE (P.) et GREEN (A.). — Les préschizophrénies de l'adolescence. (*Evol. Psych.*, 1958, 11, 323.)

MARTEL (A.M.). — Contribution à l'étude de l'évolution de la schizophrénie dans les conditions actuelles d'assistance. (*Thèse*, Paris, 1967.)

MINKOVSKI. — La schizophrénie. (Payot, 1927.)

NACHT (S.) et RACAMIER. — La théorie psychanalytique du délire. (*Rev. Franç. de Psychanal.*, juillet-octobre 1958, t. XXII.)

OCHONISKY (A.). — Contribution à l'étude du parricide. (*Psych. de l'Enfant*, 1963, 11.)

PROKOWSKI. — Rapport sur l'état mental du nommé Paul Koulchow, accusé de parricide et de meurtre. (*A.M.P.*, 1869, 11, 132.)

DANON-BOILEAU (H.), LAB, LÉVY, PÉRAUD (C.). — A propos d'un type particulier de père de schizophrène : les pères « mères de schizophrènes ». (*Revue de Neuropsych. Infantile*, 1965, n° 10-11, pp. 805-812.)

DELASIAUVE, BRUTE et LAFFITTE. — Rapport sur l'état mental de la femme B..., inculpée de parricide. (*A.M.P.*, 1874, XI, 215.)

DELAY (J.), DENIKER (P.), GREEN (A.). — Le milieu familial des schizophrènes. (*Encéphale*, 1957, 189, 1960-1961, 1962-1965.)

EY (H.). — Les problèmes cliniques des schizophrénies. (*Evol. Psych.*, 1958, 11, 149.)

— La conscience. (P.U.F., 1963.)

— Chapitre sur la schizophrénie. (*E.M.C.*, 1955, 37.281, 37.290.)

FOLLIN (S.). — Sur la psycho-pathologie du processus schizophrénique. (*Evol. Psych.*, 1958, 11, 213.)

FOLLIN (S.) et AZOULAY (J.). — La dépersonnalisation. (*E.M.C.*, 1961, 37.125, A.30.)

FREUD (S.). — Dostojewski med. die Vatertötung. (*Gesammelte Werke*, XIV, 397. London, Imago Publishing Co., 1948.)

— Moïse et le monothéisme. (*N.R.F.*, Collection « Idées », 1948.)

— Totem et tabou. (Payot, 1932.)

GAYRAL (L.). — La famille des schizophrènes. (*Rev. Prat.*, 1965, 15, 3285.)

GENIL-PERRIN et LEBREUIL (Madeleine). — Tentative grave de parricide par un dément précoce avec apparence de préméditation. (*A.M. Légale*, 1935, 306.)

GREEN (A.). — Sur la mère phallique. (*Revue Fr. de Psychan.*, janvier 1968.)

GUIRAUD. — Psychiatrie clinique. 3e éd., 1956.

— Constitution perverse ou héboïdophrénie. (*A.M.P.*, 1927.)

RÉGIS (E.). — A propos du parricide. (*Rev. de Psychol. Clinique et Thérapeutique*, juin 1901.)

RINDERKNECHT (G.). — Ueber Kriminelle heboide. (*Zeit. f. Neur. und Psych.*, 1920, LVII, 35.)

WILMANNS. — Sur les meurtres dans la phase prodromique de la schizophrénie. (*Zeit. f. Neur. und Psych.*, 1940, p. 583.)

WORKMAN. — Le cas d'Erastus Hotchkiss. (*A.M.P.*, 1879, 1, 153.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS-XIVe